

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS I



TESIS DOCTORAL

**Estrés postraumático y violencia de pareja:
Análisis de la eficacia de tratamientos psicológicos**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

María del Rocío Fernández Velasco

Director

Francisco Javier Labrador Encinas

Madrid, 2014

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamientos Psicológicos I



ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y VIOLENCIA DE PAREJA: ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

TESIS DOCTORAL

por

María del Rocío Fernández Velasco

Director: Francisco Javier Labrador Encinas

Madrid, 2013

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto me ha acompañado durante mucho más tiempo del que estimé y es por ello que he multiplicado la necesidad de agradecimiento a muchas personas, a las que estaban y están, a las que ya no están pero me apoyaron y a las nuevas, que se han unido al entusiasmo, al hastío y al entusiasmo otra vez.

Me gustaría comenzar sin duda por mi director, Francisco Labrador, quizás es quién simbolice más claramente las anteriores palabras. Gracias por el estímulo, la paciencia, la confianza, el apoyo, la responsabilidad y el equilibrio en estas vicisitudes que tiene la supervisión de trabajos a largo plazo. Gracias Paco.

A Paulina Paz Rincón, por sus sugerencias y dedicación, por la generosidad de compartir su trabajo y la confortabilidad de su amistad.

A Pilar de Luis, por ser quien inició mi experiencia en el proceso de atender a víctimas, por su saber hacer, por su sensibilidad, sencillez y calidez inapreciables.

A Jesús Sanz, por su disposición y orientación, especialmente en lo que a la parte metodológica se refiere; por su calidad humana. A Ma Paz García-Vera, por su apoyo y preocupación, su confianza en mí y mi trabajo, por las facilidades prestadas. A María Crespo que ha promovido en mí el gusto por las cosas bien hechas. A todos los profesores del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I que en mi deambular formativo me han ilustrado, corregido y dirigido en la práctica de esta profesión apasionante.

A los centros que han hecho posible la realización del programa, el Servicio de Atención a la Víctima del Decanato de Plaza Castilla de la Comunidad de Madrid, los Centros de la Mujer de las Concejalías de la Mujer del Ayuntamiento de Collado-Villalba y Leganés y Oficinas de Atención a la Víctima de los Juzgados de Coslada y Móstoles. A las mujeres de este estudio, mi gratitud.

A mis compañeros de cada capítulo de mi trayectoria laboral, no puedo nombraros a todos, pero cada uno de vosotros sabéis lo que habéis representado en mi vida y especialmente todo lo que he aprendido a vuestro lado, gracias por compartirlo.

Por último, a los míos, mi familia y mis amigos, simplemente por estar ahí, confiando en mí, queriéndome.

El presente trabajo ha sido realizado gracias al esfuerzo de todos aquellos que me han prestado su apoyo, en particular a todas esas personas que me hacen feliz cada día.

Indice

INTRODUCCIÓN	25
1. LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA.....	29
1.1. MARCO CONCEPTUAL DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA.....	29
1.1.1. DEFINICIÓN.....	29
1.1.2. TIPOLOGÍA.....	33
1.1.3. PATRÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA.	36
1.1.3.1. DIRECCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA.	36
1.1.3.2. DESARROLLO: CICLO Y ESCALADA EN LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA.....	39
1.1.3.3. CURSO: MANTENIMIENTO Y PERMANENCIA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA.....	41
1.1.4. RESUMEN.....	45
1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA	45
1.2.1. PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA	46
1.2.2. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA EN ESPAÑA	48
1.2.3. RESUMEN.....	52
1.3. FACTORES Y MODELOS EXPLICATIVOS EN LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA.....	53
1.3.1. FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONANTES DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA..	53
1.3.1.1. FACTORES ASOCIADOS A LA VICTIMIZACIÓN	54
1.3.1.2. FACTORES ASOCIADOS A LA PERPETRACIÓN.....	56
1.3.1.3. FACTORES ASOCIADOS A LA RELACIÓN DE PAREJA/RELACIONALES.....	58
1.3.1.4. OTROS FACTORES	59
1.3.1.5. FACTORES DE PROTECCIÓN.....	61
1.3.2. MODELOS EXPLICATIVOS	61
1.3.3. RESUMEN.....	64
1.4. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD.....	65
1.4.1. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD FÍSICA	67
1.4.2. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD PSICOLÓGICA.....	68
1.4.3. RESUMEN.....	73
2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA.....	75
2.1. PROPUESTAS EMPÍRICAS	75
2.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS	78
2.3. PROPUESTAS COMUNITARIAS	80
2.4. RESUMEN	82
3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	89
3.1. DEFINICIÓN	89
3.1.1. DEFINICIÓN SEGÚN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL	89
3.1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEPT	94
3.1.3. NUEVAS LÍNEAS/EVOLUCIÓN SOBRE LA ESTRUCTURA FACTORIAL DEL CUADRO.....	96

3.1.4.	RESUMEN.....	102
3.2.	EPIDEMIOLOGÍA	104
3.2.1.	PREVALENCIA.....	104
3.2.2.	CURSO	107
3.2.3.	COMORBILIDAD	109
3.2.4.	FACTORES DE RIESGO.....	111
3.2.4.1.	FACTORES PRE-TRAUMA.....	113
3.2.4.2.	FACTORES PERITRAUMÁTICOS.....	113
3.2.4.3.	FACTORES POST-TRAUMA	114
3.2.4.4.	CARACTERÍSTICAS DEL SUCESO TRAUMÁTICO Y FACTORES PERSONALES.....	115
3.2.4.5.	FACTORES DE PROTECCIÓN.....	116
3.2.5.	RESUMEN.....	119
3.3.	MODELOS PSICOLÓGICOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ...	120
3.3.1.	MODELOS BASADOS EN EL APRENDIZAJE.....	121
3.3.2.	MODELOS COGNITIVOS	122
3.3.2.1.	MODELOS BASADOS EN UN ÚNICO SISTEMA DE REPRESENTACIÓN	123
3.3.2.2.	MODELOS BASADOS EN DOS O MÁS SISTEMAS DE REPRESENTACIÓN	126
3.3.3.	RESUMEN.....	130
4.	TERAPIA PSICOLÓGICA EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	131
4.1.	TERAPIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA	131
4.2.	TRATAMIENTO INDIVIDUAL VERSUS GRUPAL	146
4.3.	RESUMEN	147
5.	TERAPIA PSICOLÓGICA EN MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO .	148
5.1.	SITUACIÓN ACTUAL	148
5.2.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	154
6.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	159
6.1.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	159
6.1.1.	OBJETIVOS.....	160
6.1.2.	HIPÓTESIS	161
6.2.	MÉTODO	164
6.2.1.	DISEÑO	164
6.2.2.	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	164
6.2.3.	VARIABLES DEPENDIENTES.....	164
6.2.4.	VARIABLES EXTRAÑAS Y CONTAMINADORAS	166
6.3.	PARTICIPANTES.....	167
6.4.	MATERIAL E INSTRUMENTOS.....	168
6.4.1.	ENTREVISTAS.....	168
6.4.2.	INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME.....	169
6.4.3.	MATERIAL UTILIZADO EN EL PROGRAMA	173
6.5.	PROCEDIMIENTO	174

6.5.1.	PRUEBA PILOTO	174
6.5.2.	CAPTACIÓN DE PARTICIPANTES	175
6.5.3.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	175
6.5.4.	EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO.....	175
6.5.5.	TRATAMIENTO.....	176
6.5.6.	EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO	176
6.5.7.	SEGUIMIENTOS.....	176
6.5.8.	ANÁLISIS DE DATOS.....	176
7.	RESULTADOS.....	181
7.1.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	181
7.1.1.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA TOTAL EVALUADA.....	181
7.1.1.1.	<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....</i>	<i>181</i>
7.1.1.2.	<i>VARIABLES DE LA HISTORIA DE VIOLENCIA DE PAREJA</i>	<i>181</i>
7.1.1.3.	<i>VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS.....</i>	<i>182</i>
7.1.2.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA: GRUPO DE TRATAMIENTO Y GRUPO DE NO TRATAMIENTO.....	186
7.1.2.1.	<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL GRUPO DE TRATAMIENTO Y GRUPO DE NO TRATAMIENTO.....</i>	<i>186</i>
7.1.2.2.	<i>VARIABLES DE LA HISTORIA DE VIOLENCIA DE PAREJA DEL GRUPO DE TRATAMIENTO Y GRUPO DE NO TRATAMIENTO.....</i>	<i>186</i>
7.1.2.3.	<i>VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS DEL GRUPO DE TRATAMIENTO Y GRUPO DE NO TRATAMIENTO.....</i>	<i>187</i>
7.1.2.4.	<i>ESTUDIO DE LAS EXPECTATIVAS ACERCA DEL TRATAMIENTO DEL GRUPO DE TRATAMIENTO Y GRUPO DE NO TRATAMIENTO.....</i>	<i>190</i>
7.1.2.5.	<i>ESTUDIO DE LA EQUIVALENCIA DE LOS GRUPOS: GRUPO DE TRATAMIENTO VERSUS GRUPO DE NO TRATAMIENTO.....</i>	<i>191</i>
7.1.3.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA: GRUPOS DE TRATAMIENTO DE FORMATO INDIVIDUAL Y GRUPAL	193
7.1.3.1.	<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS FORMATOS DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL Y GRUPAL</i>	<i>193</i>
7.1.3.2.	<i>VARIABLES DE LA HISTORIA DE VIOLENCIA DE PAREJA DE LOS FORMATOS DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL Y GRUPAL</i>	<i>193</i>
7.1.3.3.	<i>VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS DE LOS FORMATOS DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL Y GRUPAL</i>	<i>194</i>
7.1.3.4.	<i>ESTUDIO DE LA EQUIVALENCIA DEL GRUPO TOTAL DE TRATAMIENTO: FORMATO DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL VERSUS GRUPAL.....</i>	<i>198</i>
7.1.4.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA: GRUPOS EXPERIMENTALES SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE FORMATO INDIVIDUAL	200
7.1.4.1.	<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE FORMATO INDIVIDUAL ...</i>	<i>200</i>
7.1.4.2.	<i>VARIABLES DE LA HISTORIA DE VIOLENCIA DE PAREJA DE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE FORMATO INDIVIDUAL</i>	<i>200</i>
7.1.4.3.	<i>VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS DE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE FORMATO INDIVIDUAL</i>	<i>201</i>

7.1.4.4.	<i>ESTUDIO DE LA EQUIVALENCIA DE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE FORMATO INDIVIDUAL</i>	<i>205</i>
7.1.5.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA: GRUPOS SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LA MUESTRA TOTAL TRATADA	206
7.1.5.1.	<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LA MUESTRA TOTAL TRATADA</i>	<i>206</i>
7.1.5.2.	<i>VARIABLES DE LA HISTORIA DE VIOLENCIA DE PAREJA DE LOS GRUPOS SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LA MUESTRA TOTAL TRATADA</i>	<i>207</i>
7.1.5.3.	<i>VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS DE LOS GRUPOS SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LA MUESTRA TOTAL TRATADA</i>	<i>209</i>
7.1.5.4.	<i>ESTUDIO DE LA EQUIVALENCIA DE LOS GRUPOS SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LA MUESTRA TOTAL TRATADA</i>	<i>211</i>
7.2.	ESTUDIO DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO	213
7.2.1.	PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO	213
7.2.1.1.	<i>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</i>	<i>213</i>
7.2.1.2.	<i>ASISTENCIA A SESIONES</i>	<i>219</i>
7.2.1.3.	<i>CUMPLIMIENTO DE TAREAS</i>	<i>219</i>
7.2.1.4.	<i>EVALUACIÓN QUE LAS PARTICIPANTES HACEN DEL TRATAMIENTO</i>	<i>220</i>
7.2.2.	RESULTADOS DE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN	223
7.2.2.1.	<i>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: CAMBIOS PRETRATAMIENTO-POSTRATAMIENTO-SEGUIMIENTOS</i>	<i>223</i>
7.2.2.1.1.	<i>COMPARACIÓN GRUPO DE TRATAMIENTO VS. GRUPO DE NO TRATAMIENTO</i>	<i>223</i>
7.2.2.1.2.	<i>COMPARACIÓN FORMATO DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL VS. GRUPAL</i>	<i>230</i>
7.2.2.1.4.	<i>COMPARACIÓN GRUPOS EXPERIMENTALES DE TRATAMIENTO SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE LA MUESTRA TOTAL DE TRATAMIENTO</i>	<i>255</i>
7.2.2.2.	<i>SINTOMATOLOGÍA CONCOMITANTE: CAMBIOS PRETRATAMIENTO-POSTRATAMIENTO-SEGUIMIENTOS</i>	<i>267</i>
7.2.2.2.1.	<i>COMPARACIÓN GRUPO DE TRATAMIENTO VS. GRUPO DE NO TRATAMIENTO</i>	<i>267</i>
7.2.2.2.2.	<i>COMPARACIÓN FORMATO DE TRATAMIENTO: INDIVIDUAL VS. GRUPAL</i>	<i>277</i>
7.2.2.2.3.	<i>COMPARACIÓN GRUPOS EXPERIMENTALES DE TRATAMIENTO SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE FORMATO INDIVIDUAL</i>	<i>293</i>
7.2.2.2.4.	<i>COMPARACIÓN GRUPOS EXPERIMENTALES SEGÚN ORDEN DE APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE LA MUESTRA TOTAL DE TRATAMIENTO</i>	<i>310</i>
7.3.	CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS	324
8.	DISCUSIÓN	327
8.1.	RESPECTO DE LA METODOLOGÍA	327
8.2.	RESPECTO DE LA MUESTRA	329
8.2.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO	329
8.2.2.	CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA DE VIOLENCIA DE PAREJA DE LA MUESTRA QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO	330

8.2.3.	CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE LA MUESTRA QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO	333
8.3.	RESPECTO DEL TRATAMIENTO	337
8.3.1.	PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO	337
8.3.2.	EFICACIA DEL TRATAMIENTO	340
8.3.3.	COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO	343
8.3.4.	VALORACIÓN CUALITATIVA: EVALUACIÓN QUE LAS PARTICIPANTES HACEN DE LA INTERVENCIÓN	354
8.4.	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	355
8.5.	CONSIDERACIONES FINALES/PERSONALES DE LA INVESTIGACIÓN Y DIRECTRICES FUTURAS	358
RESUMEN / SUMMARY		363
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		369
ANEXOS		419
ANEXO I: MATERIAL EMPLEADO PARA LA EVALUACIÓN		420
ANEXO II: MATERIAL EMPLEADO EN EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO		435
ANEXO III: CONTENIDO SESIONES.....		450

Indice de tablas

Tabla 1.1: Principales normativas sobre violencia de género por ámbito: Internacional, Europeo, Nacional y Local	32
Tabla 1.2. Distintas formas de maltrato psicológico (Labrador et al., 2004, modificado)	35
Tabla 1.3. Factores explicativos de la permanencia de la mujer en la relación violenta	43
Tabla 1.4. Femicidios de pareja (Centro Reina Sofía, 2010)	48
Tabla 1.5. Prevalencia (en porcentajes) de la violencia de pareja en España según los estudios de Medina-Ariza (2003) y Calvete et al. (2007).....	49
Tabla 1.6. Número de denuncias anual por violencia contra la pareja en España (Instituto de la Mujer, datos hasta 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, datos de 2007 a 2013).....	51
Tabla 1.7. Número de mujeres muertas a consecuencia de la violencia contra la pareja en España (Instituto de la Mujer, datos hasta 2002; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, datos de 2003 a 2013) ..	51
Tabla 1.8. Resumen de Factores de Riesgo asociados a la violencia contra la pareja	60
Tabla 1.9. Violencia contra la Pareja y consecuencias sobre la salud: Estimación de la magnitud de la asociación (tomado de WHO, 2013a)	67
Tabla 1.10. Tasas de prevalencia según diversos estudios de Trastorno de Estrés Postraumático en Violencia contra la Pareja.....	71
Tabla 2.1. Resumen de las principales recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la intervención con mujeres afectadas por la violencia contra la pareja (WHO, 2013b modificada).....	75
Tabla 3.1. Criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-V y cambios respecto al DSM-IV-TR	91
Tabla 3.2. Criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático según la CIE-10.....	93
Tabla 3.3. Mapa de ítems para los alternativos modelos de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático.	101
Tabla 3.4. Resumen de Factores de Riesgo y Protección asociados al Trastorno de Estrés Postraumático.....	118
Tabla 4.1. Características metodológicas y valoración de la evidencia de la investigación de las principales Guías de Práctica Clínica para el Trastorno de Estrés Postraumático en Adultos (modificada de Forbes et al., 2010)	133
Tabla 4.2. Recomendaciones clave de las principales Guías de Práctica Clínica para el Trastorno de Estrés Postraumático en Adultos (modificada de Forbes et al., 2010)	134
Tabla 4.3. Revisión de los tratamientos basados en la evidencia para el Trastorno de Estrés Postraumático en adultos (Guías de Tratamiento Psicológico, Revisiones, Metaanálisis)	134
Tabla 4.4. Resumen de los resultados y nivel de evidencia de la eficacia de los tratamientos psicológicos para mejorar los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y/o lograr la ausencia de diagnóstico (modificada de Jonas et al., 2013)	139
Tabla 4.5. Resumen de los principales ECA para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático en adultos publicados en los últimos 15 años, clasificados según el tipo de intervención.....	141, 142, 143, 144

Tabla 5.1. Resumen de las principales recomendaciones para el Trastorno de Estrés Postraumático de la Guía de Práctica Clínica de Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja (2010) del Sistema Nacional de Salud Español (modificada).....	149
Tabla 5.2. Componentes principales de los tratamientos basados en la investigación para mujeres afectadas por la violencia contra la pareja con Trastorno de Estrés Postraumático	150
Tabla 5.3. Principales características de los Protocolos de Intervención derivados de los principales tratamientos basados en la investigación para mujeres afectadas por la violencia contra la pareja con Trastorno de Estrés Postraumático	153
Tabla 5.4. Análisis según criterios ISTSS (2009) para protocolos y guías efectivas de los tratamientos basados en la investigación para mujeres afectadas por la Violencia contra la pareja con Trastorno de Estrés Postraumático	154
Tabla 6.1: Criterios de inclusión y exclusión al programa de intervención	175
Tabla 6.2. Resumen del programa de tratamiento para la modalidad experimental: Terapia Cognitiva + Terapia Exposición	179
Tabla 6.3. Resumen del programa de tratamiento para la modalidad experimental: Terapia Exposición + Terapia Cognitiva	180
Tabla 7.1: Características sociodemográficas de la muestra total evaluada (N=320)	182
Tabla 7.2: Características de la historia de violencia de pareja de la muestra total evaluada (N=320).....	183
Tabla 7.3: Diagnóstico TEPT/ Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático de la muestra total evaluada (N=320)	183
Tabla 7.4: Frecuencia de síntomas del TEPT de la muestra total evaluada, en % (N=320)	184
Tabla 7.5: Puntuaciones en los Instrumentos de Evaluación de Depresión, Autoestima, Inadaptación y Cogniciones Postraumática de la muestra total	185
Tabla 7.6: Otras Variables Psicopatológicas: Frecuencias en la muestra total evaluada (N=320)	185
Tabla 7.7: Características sociodemográficas del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento	187
Tabla 7.8: Características de la historia de violencia de pareja del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento.....	188
Tabla 7.9: Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento.....	188
Tabla 7.10: Frecuencia de síntomas del TEPT del grupo total de tratamiento y grupo de no tratamiento, en %	189
Tabla 7.11: Frecuencia, media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en las medidas de autoinforme para las variables de adaptación y sintomatología concomitante del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento	190
Tabla 7.12: Variables Psicopatológicas no Dependientes: Frecuencias de la muestra total de tratamiento y grupo de no tratamiento	190
Tabla 7.13: Prueba Chi-cuadrado (χ^2): Análisis de equivalencia para el grupo total de tratamiento y grupo de no tratamiento	192
Tabla 7.14: Prueba t de Student: Análisis de equivalencia para el grupo total de tratamiento y grupo de no tratamiento	192

Tabla 7.15: Características sociodemográficas de los formatos de tratamiento individual y grupal	194
Tabla 7.16: Características de la historia de violencia de pareja de los formatos de tratamiento individual y grupal	195
Tabla 7.17: Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático según formato de tratamiento individual y grupal	195
Tabla 7.18: Frecuencia de síntomas del TEPT de los formatos de tratamiento individual y grupal, en %	196
Tabla 7.19: Frecuencia, media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en las medidas de autoinforme para las variables de adaptación y sintomatología concomitante de los formatos de tratamiento individual y grupal	197
Tabla 7.20: Otras Variables Psicopatológicas: Frecuencias de los formatos de tratamiento individual y grupal	197
Tabla 7.21: Prueba Chi-cuadrado (X^2): Análisis de equivalencia de los grupos según el formato de tratamiento: individual versus grupal	198
Tabla 7.22: Prueba t de Student: Análisis de equivalencia de los grupos según formato de tratamiento: individual versus grupal	199
Tabla 7.23: Características sociodemográficas de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	201
Tabla 7.24: Características de la historia de violencia de pareja de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	202
Tabla 7.25: Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	202
Tabla 7.26: Frecuencia de síntomas del TEPT de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), en %	203
Tabla 7.27: Frecuencia, media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en las medidas de autoinforme para las variables de adaptación y sintomatología concomitante de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	204
Tabla 7.28: Otras Variables Psicopatológicas: Frecuencias de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	204
Tabla 7.29: Prueba Chi-cuadrado (X^2): Análisis de equivalencia para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	205
Tabla 7.30: Prueba t de Student: Análisis de equivalencia para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	206
Tabla 7.31: Características sociodemográficas de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	207
Tabla 7.32: Características de la historia de violencia de pareja de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	208
Tabla 7.33: Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	209

Tabla 7.34: Frecuencia de síntomas del TEPT de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), en %	210
Tabla 7.35: Frecuencia, media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en las medidas de autoinforme para las variables de adaptación y sintomatología concomitante de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	211
Tabla 7.36: Otras Variables Psicopatológicas: Frecuencias de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	211
Tabla 7.37: Representación de la muestra total de tratamiento según el orden de aplicación de las técnicas: GT1(Ice) y GT2(Iec)	212
Tabla 7.38: Prueba Chi-cuadrado (X^2): Análisis de equivalencia de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	212
Tabla 7.39: Prueba t de Student: Análisis de equivalencia de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	213
Tabla 7.40: Frecuencia y motivos de abandono de la muestra total de tratamiento según formato de intervención y condición experimental asignada	215
Tabla 7.41: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupos: Adherencia al tratamiento.....	215
Tabla 7.42: Características sociodemográficas de la muestra que abandona vs. muestra que finaliza el tratamiento	216
Tabla 7.43: Características de la historia de violencia de pareja de la muestra que abandona vs. muestra que finaliza el tratamiento	216, 217
Tabla 7.44: Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en las variables psicopatológicas de la muestra que abandona vs. muestra que finaliza el tratamiento.....	217
Tabla 7.45: Prueba Chi-cuadrado (X^2): Análisis de equivalencia de la muestra que abandona vs. muestra que finaliza el tratamiento	218
Tabla 7.46: Prueba t de Student: Análisis de equivalencia de la muestra que abandona vs. muestra que finaliza el tratamiento	218
Tabla 7.47: Frecuencia de la asistencia a sesiones de la muestra total de tratamiento según formato de intervención y condición experimental asignada	219
Tabla 7.48: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupos: Asistencia a sesiones.....	219
Tabla 7.49: Cumplimiento de tareas de la muestra total de tratamiento según formato de intervención y condición experimental asignada.....	220
Tabla 7.50: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupos: Cumplimiento de tareas.....	220
Tabla 7.51: Cambio percibido por las participantes sesión a sesión (Media y Desviación típica) según formato de intervención y condición experimental asignada.....	222
Tabla 7.52: Evaluación que las participantes hacen de la utilidad de las sesiones (Media y Desviación típica) según formato de intervención y condición experimental asignada.....	222
Tabla 7.53: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT pre y postratamiento para el grupo de tratamiento (N=95) vs. grupo de no tratamiento (N=21). Muestra que finaliza el tratamiento	223

Tabla 7.54: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post de los grupos tratamiento y no tratamiento en las medidas del TEPT y Subescalas. Muestra que finaliza el tratamiento	225
Tabla 7.55: Prueba t de Student de medidas repetidas: Análisis pre-seguimientos del grupo que finaliza el tratamiento: Escala Global y Subescalas de reexperimentación, evitación y aumento de activación. Muestra que finaliza seguimientos	226
Tabla 7.56: Medias, desviaciones típicas y tamaño del efecto (d de Cohen) para los grupos de tratamiento y no tratamiento. Muestra que finaliza el tratamiento.....	227
Tabla 7.57: Medias, desviaciones típicas y tamaño del efecto (d de Cohen) del grupo de tratamiento en los seguimientos. Muestra que finaliza seguimientos.....	227
Tabla 7.58: Distribución de la muestra (tratamiento/no tratamiento) según diagnóstico de TEPT al postratamiento y seguimientos. Comparación de la muestra que inicia el tratamiento con la muestra que finaliza el tratamiento	228
Tabla 7.59: Distribución del grupo de tratamiento según sintomatología de reexperimentación, evitación y aumento de activación al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	229
Tabla 7.60: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupo (tratamiento-no tratamiento): Diagnóstico TEPT	230
Tabla 7.61: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Escala Total) pre-post-seguimientos para los formatos individual vs. grupal.....	231
Tabla 7.62: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Reexperimentación) pre-post-seguimientos para los formatos individual vs. grupal	232
Tabla 7.63: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Evitación) pre-post-seguimientos para los formatos individual vs. grupal.....	233
Tabla 7.64: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Aumento de Activación) pre-post-seguimientos para los formatos individual vs. grupal.....	235
Tabla 7.65: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post-seguimientos para los formatos individual vs. grupal en la Escala Global de TEPT y Subescalas	236
Tabla 7.66: Tamaño del efecto: d de Cohen de los formatos de tratamiento individual y grupal en la Escala Global del TEPT y Subescalas al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento.....	238
Tabla 7.67: Distribución de los grupos según diagnóstico de TEPT al postratamiento y seguimientos. Comparación de la muestra que inicia el tratamiento con la muestra que finaliza el tratamiento para los formatos individual vs. grupal	239
Tabla 7.68: Distribución de los grupos de formato individual y grupal de tratamiento según sintomatología de reexperimentación, evitación y aumento de activación al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	241
Tabla 7.69: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupo (formato individual-grupal): Diagnóstico TEPT y Sintomatología Postraumática.....	242
Tabla 7.70: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Escala Total) pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	243

Tabla 7.71: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Reexperimentación) pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	245
Tabla 7.72: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Evitación) pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	246
Tabla 7.73: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Aumento de Activación) pre-post-seguimientos pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	246
Tabla 7.74: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), en la Escala Global de TEPT y Subescalas	248
Tabla 7.75: Tamaño del efecto: d de Cohen. Grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), en la Escala Global del TEPT y Subescalas al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	250
Tabla 7.76: Distribución según diagnóstico de TEPT al postratamiento y seguimientos de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Comparación de la muestra que inicia el tratamiento con la muestra que finaliza el tratamiento	251
Tabla 7.77: Distribución según sintomatología de reexperimentación, evitación y aumento de activación al postratamiento y seguimientos de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento	253
Tabla 7.78: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupo. Diagnóstico TEPT y Sintomatología Postraumática de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec).	254
Tabla 7.79: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Escala Total) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	255
Tabla 7.80: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Reexperimentación) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	258
Tabla 7.81: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Evitación) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	258
Tabla 7.82: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Aumento de Activación) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec).....	259
Tabla 7.83: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post seguimientos para los grupos	

según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), en la Escala Global de TEPT y Subescalas	261
Tabla 7.84: Tamaño del efecto: d de Cohen. Grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), en la Escala Global del TEPT y Subescalas al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	262
Tabla 7.85: Distribución según diagnóstico de TEPT al tratamiento y seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Comparación de la muestra que inicia el tratamiento con la muestra que finaliza el tratamiento	263
Tabla 7.86: Distribución según sintomatología de reexperimentación, evitación y aumento de activación al postratamiento y seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento	265
Tabla 7.87: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupo. Diagnóstico TEPT y Sintomatología Postraumática para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	266
Tabla 7.88: ANCOVA: Sintomatología concomitante pre y postratamiento para el grupo de tratamiento vs grupo de no tratamiento. Muestra que finaliza el tratamiento	269
Tabla 7.89: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post para el grupo total de tratamiento y grupo de no tratamiento en las variables dependientes: Sintomatología concomitante y variables de adaptación	271
Tabla 7.90: Prueba t de Student (medidas repetidas): Análisis de variables dependientes pre-seguimientos del grupo total de tratamiento: Sintomatología concomitante y variables de adaptación. Muestra que finaliza seguimientos.....	272
Tabla 7.91: Medias, desviaciones típicas y tamaño del efecto (d de Cohen) para los grupos de tratamiento y no tratamiento. Muestra que finaliza el tratamiento.....	273
Tabla 7.92: Medias, desviaciones típicas y tamaño del efecto (d de Cohen) del grupo de tratamiento en los seguimientos. Muestra que finaliza seguimientos.....	274
Tabla 7.93: Distribución de la muestra (tratamiento/no tratamiento) según sintomatología concomitante al postratamiento y seguimientos. Comparación de la muestra que inicia el tratamiento con la muestra que finaliza el tratamiento	275, 276
Tabla 7.94: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupo (tratamiento-no tratamiento): Diagnóstico de la sintomatología concomitante pre-post	277
Tabla 7.95: ANCOVA: BDI (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para formato individual vs. grupal	279
Tabla 7.96: ANCOVA: Escala de Autoestima (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para el grupo de tratamiento de formato individual vs. grupal	279
Tabla 7.97: ANCOVA: Escala de Inadaptación pre-post-seguimientos para el formato individual vs. grupal.....	280, 281
Tabla 7.98: ANCOVA: Inventario de Cogniciones Postraumáticas pre-post-seguimientos para el formato individual vs. grupal.....	282

Tabla 7.99: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post seguimientos para los formatos individual vs. grupal en las variables de adaptación y sintomatología concomitante	285, 286
Tabla 7.100: Tamaño del efecto: d de Cohen de los formatos de tratamiento individual y grupal en las variables de adaptación y sintomatología concomitante al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	287
Tabla 7.101: Distribución de los de los formatos de tratamiento individual y grupal en el diagnóstico de las variables de adaptación y sintomatología concomitante al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento	289
Tabla 7.102: Distribución de los de los formatos de tratamiento individual y grupal en el diagnóstico de las variables de adaptación y sintomatología concomitante al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	291, 292
Tabla 7.103: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupo (formato individual vs. grupal): Diagnóstico de la sintomatología concomitante y variables de adaptación pre-post-seguimientos	293
Tabla 7.104: ANCOVA. BDI (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec).....	294
Tabla 7.105: ANCOVA. Escala de Autoestima (Puntuación Total) pre-post-seguimientos seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	295
Tabla 7.106: ANCOVA. Escala de Inadaptación pre-post-seguimientos seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec).....	295, 296, 297
Tabla 7.107: ANCOVA. Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Puntuación Total) pre-post-seguimientos seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	297, 298
Tabla 7.108: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), en las variables de adaptación y sintomatología concomitante	300
Tabla 7.109: Tamaño del efecto: d de Cohen. Grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), en la sintomatología concomitante y variables de adaptación. Muestra que finaliza el tratamiento	303, 304
Tabla 7.110: Distribución según sintomatología concomitante y de adaptación al tratamiento y seguimientos de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento	305
Tabla 7.111: Distribución según sintomatología concomitante y de adaptación al tratamiento y seguimientos de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento	307, 308

Tabla 7.112: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupo. Diagnóstico de la sintomatología concomitante y variables de adaptación pre-post-seguimientos de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)	309
Tabla 7.113: ANCOVA. BDI (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	310
Tabla 7.114: ANCOVA. Escala de Autoestima (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	311
Tabla 7.115: ANCOVA. Escala de Inadaptación pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	311, 312
Tabla 7.116: ANCOVA. Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec).....	313
Tabla 7.117: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post- seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), en las variables de adaptación y sintomatología concomitante.....	315
Tabla 7.118: Tamaño del efecto: d de Cohen. Grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), en las variables de adaptación y sintomatología concomitante al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	318, 319
Tabla 7.119: Distribución según sintomatología concomitante y de adaptación al tratamiento y seguimientos de los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento	320
Tabla 7.120: Distribución según sintomatología concomitante y de adaptación al tratamiento y seguimientos de los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento.....	322
Tabla 7.121: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupo. Diagnóstico de la sintomatología concomitante y variables de adaptación pre-post-seguimientos de los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)	324

Índice de figuras

Figura 1.1. Vías y efectos sobre la salud de la Violencia contra la Pareja (tomado de WHO, 2013a).....	66
Figura 6.1. Participación de las mujeres en el estudio.....	168
Figura 7.1. Adherencia al tratamiento	214
Figura 7.2. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Puntuación Escala total TEPT: medias y desviaciones típicas	224
Figura 7.3. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Subescala Reexperimentación: medias y desviaciones típicas.....	224
Figura 7.4. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Subescala evitación: medias y desviaciones típicas.....	224
Figura 7.5. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Subescala Aumento Activación: medias y desviaciones típicas.....	224
Figura 7.6. Diagnóstico TEPT: Muestra total de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	228
Figura 7.7. Diagnóstico TEPT: Muestra total de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento	228
Figura 7.8. Evolución en la puntuación Escala total TEPT pre-post-seguimientos en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	231
Figura 7.9. Evolución en la puntuación Subescala Reexperimentación pre-post-seguimientos en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	232
Figura 7.10. Evolución en la puntuación Subescala Evitación pre-post-seguimientos en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	234
Figura 7.11. Evolución en la puntuación Subescala Aumento de Activación pre-post-seguimientos en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	235
Figura 7.12. Diagnóstico TEPT: Formato individual al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento.....	240
Figura 7.13. Diagnóstico TEPT: Formato individual al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento.....	240
Figura 7.14. Diagnóstico TEPT: Formato grupal al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento.....	240
Figura 7.15. Diagnóstico TEPT: Formato grupal al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento.....	240
Figura 7.16. Sintomatología de reexperimentación: comparación según formato de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	241

Figura 7.17. Sintomatología de evitación: comparación según formato de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento.....	241
Figura 7.18. Sintomatología de aumento de activación: comparación según formato de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	242
Figura 7.19. Evolución en la puntuación Escala total TEPT pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	244
Figura 7.20. Evolución en la puntuación Subescala de Reexperimentación pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	247
Figura 7.21. Evolución en la puntuación Subescala Evitación pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	247
Figura 7.22. Evolución en la puntuación Subescala Aumento de Activación pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas Diagnóstico TEPT: GE1 (Ice) al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	247
Figura 7.23. Diagnóstico TEPT: GE1 (Ice) al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	252
Figura 7.24. Diagnóstico TEPT: GE1 (Ice) al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento	252
Figura 7.25. Diagnóstico TEPT: GE2 (Iec) al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	252
Figura 7.26. Diagnóstico TEPT: GE2 (Iec) al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento	252
Figura 7.27. Sintomatología de reexperimentación: comparación entre los grupos experimentales según el orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	253
Figura 7.28. Sintomatología de evitación: comparación entre los grupos experimentales según el orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento.....	253
Figura 7.29. Sintomatología de aumento de activación: comparación entre los grupos experimentales según el orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	254
Figura 7.30. Evolución en la puntuación Escala total TEPT pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	256
Figura 7.31. Evolución en la puntuación Subescala de Reexperimentación pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	259

Figura 7.32. Evolución en la puntuación Subescala Evitación pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	259
Figura 7.33. Evolución en la puntuación Subescala Aumento de Activación pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	260
Figura 7.34. Diagnóstico TEPT: GT1 (Ice) al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	264
Figura 7.35. Diagnóstico TEPT: GT1 (Ice) al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento	264
Figura 7.36. Diagnóstico TEPT: GT2 (Iec) al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	264
Figura 7.37. Diagnóstico TEPT: GT2 (Iec) al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia la terapia ...	264
Figura 7.38. Sintomatología de reexperimentación: comparación entre los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	265
Figura 7.39. Sintomatología de evitación: comparación entre los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento	265
Figura 7.40. Sintomatología de aumento de activación: comparación entre los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento.....	266
Figura 7.41. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Puntuación BDI: medias y desviaciones típicas	270
Figura 7.42. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Autoestima: medias y desviaciones típicas	270
Figura 7.43. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Inadaptación-Puntuación total: medias y desviaciones típicas	270
Figura 7.44. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Cogniciones Postraumáticas-Puntuación total: medias y desviaciones típicas	270
Figura 7.45. Diagnóstico BDI: Muestra total de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Comparación entre la muestra que inicia vs. finaliza la terapia	276
Figura 7.46. Diagnóstico Autoestima: Muestra total de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Comparación entre la muestra que inicia vs. finaliza la terapia	276
Figura 7.47. Diagnóstico Inadaptación: Muestra total de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Comparación entre la muestra que inicia vs. finaliza la terapia	277
Figura 7.48. Evolución en la puntuación BDI en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	283
Figura 7.49. Evolución en la puntuación de la Escala de Autoestima en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	283

Figura 7.50. Evolución en la puntuación total de la Escala de Inadaptación en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	283
Figura 7.51. Evolución en la puntuación total de el Inventario de Cogniciones Postraumáticas en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	283
Figura 7.52. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs. grupal. Muestra que inicia el tratamiento	290
Figura 7.53. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs. grupal. Muestra que inicia el tratamiento	290
Figura 7.54. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs. grupal. Muestra que inicia el tratamiento	291
Figura 7.55. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs grupal. Muestra que finaliza el tratamiento	292
Figura 7.56. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs grupal. Muestra que finaliza el tratamiento.....	292
Figura 7.57. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs grupal. Muestra que finaliza el tratamiento.....	293
Figura 7.58. Evolución en la puntuación BDI pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	298
Figura 7.59. Evolución en la puntuación de la Escala de Autoestima pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	299
Figura 7.60. Evolución en la puntuación total de la Escala de Inadaptación pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	299
Figura 7.61. Evolución en la puntuación total del Inventario de Cogniciones Postraumáticas pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	299
Figura 7.62. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento	306
Figura 7.63. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento	306
Figura 7.64. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento	307
Figura 7.65. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento	308

Figura 7.66. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento.....	309
Figura 7.67. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento.....	309
Figura 7.68. Evolución en la puntuación BDI pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	314
Figura 7.69. Evolución en la puntuación de la Escala de Autoestima pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	314
Figura 7.70. Evolución en la puntuación total de la Escala de Inadaptación pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas.....	314
Figura 7.71. Evolución en la puntuación total del Inventario de Cogniciones Postraumáticas pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas	314
Figura 7.72. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento.....	321
Figura 7.73. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento	321
Figura 7.74. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento	321
Figura 7.75. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento	323
Figura 7.76. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento	323
Figura 7.77. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento	323
Figura 7.78: Confirmación de Hipótesis.....	325

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la pareja (VCP en adelante) es un gran problema social y de salud pública, que debido a su elevada incidencia, consecuencias negativas físicas y psicológicas y la gravedad de los hechos que entraña, constituye una seria violación de los derechos humanos. El reconocimiento de este problema ha generado que en las últimas tres décadas numerosos organismos nacionales e internacionales estén realizando grandes esfuerzos dirigidos a la erradicación de éste fenómeno. No obstante, y a pesar de la dedicación prioritaria que se está prestando desde las políticas sociales, los cambios legislativos, la denuncia por parte de los medios de comunicación y la atención de los profesionales de la salud y otras disciplinas, las cifras con las que se convive siguen siendo muy elevadas y parece que el recorrido realizado es aún insuficiente.

Que este tipo de violencia haya sido ignorada, despenalizada o incluso aceptada socialmente durante muchos años ha favorecido el establecimiento de creencias inadecuadas como considerar o aceptar una desigualdad en deberes y derechos entre las distintas personas de la familia y/o pareja. Sin embargo, gracias a los esfuerzos de sensibilización, prevención, detección, intervención multidisciplinar y penalización de las conductas agresivas, actualmente hay recursos y conocimientos para poder “proteger” y dar respuesta a las necesidades de estas “víctimas”.

Las consecuencias para la salud en las personas afectadas por este tipo de violencia son graves, siendo necesaria en muchos casos la atención profesional, especialmente la relacionada con la salud mental. La investigación de los últimos años revela que los problemas psicológicos más frecuentes son entre otros, la ansiedad extrema, tristeza, cansancio crónico, baja autoestima, embotamiento emocional, insomnio, intentos de suicidio, inadaptación en la vida diaria y disfunciones sexuales entre otros, y los trastornos psicopatológicos más habituales son la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT en adelante). Así, los tratamientos psicológicos se han convertido en una de las necesidades más importantes por cubrir en la atención a esta población.

Sobre el tratamiento psicológico del TEPT y la VCP se centra el estudio aquí recogido, con el que se pretende contribuir desde una perspectiva científica a la mejora en la calidad de vida y bienestar emocional de las mujeres expuestas a este tipo de violencia.

Los estudios sobre el TEPT realizados hasta la fecha se han centrado en diversos tipos de traumas, como excombatientes, víctimas de delitos y accidentes de tráfico o catástrofes. La VCP, aun habiendo recibido cierta atención, cuenta con un menor número de estudios metodológicamente sólidos. Algunas de las limitaciones más llamativas se refieren a: 1) Qué tratar (reducción de síntomas, conductas específicas, proceso de recuperación, etc.), 2) Qué tratamientos o qué componentes o técnicas deben incluirse en un programa de intervención y 3) En qué orden deben presentarse esos componentes. Por otro lado, resulta necesario contrastar la eficacia de los tratamientos psicológicos apoyados empíricamente para el TEPT en la población referida. Por último, si tenemos en cuenta los estudios que indican que la sintomatología de este cuadro no remite espontáneamente presentando una tendencia crónica y que además los índices de prevalencia del mismo son especialmente elevados en el caso de las personas expuestas a un acontecimiento traumático, queda patente la necesidad no solo de intervenir psicológicamente, sino de dar respuesta a las preguntas que la comunidad científica aún se plantea.

En este sentido, este trabajo continúa con la línea de investigación iniciada por el profesor Francisco Labrador, y pretende tanto apoyar la eficacia del programa de intervención psicológica diseñado para el tratamiento del TEPT en la VCP, que ya ha mostrado resultados satisfactorios en trabajos anteriores (Alonso, 2007; Alonso y Labrador, 2010; Cáceres, Labrador, Ardila y Parada, 2011; Cáceres, 2011; Labrador y Alonso, 2005, 2007; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006, 2009a; Labrador y Rincón, 2002; Rincón, 2003), como mejorar la potencia de los resultados aumentando la muestra, evaluar su efectividad en un formato de aplicación diferente (individual) y contrastar las diferencias en los resultados teniendo en cuenta tanto el formato de aplicación como el orden de las técnicas aplicadas en la terapia.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA

1.1. Marco Conceptual de la Violencia contra la Pareja

1.1.1. Definición

Para referirse al fenómeno de la VCP se han utilizado tradicionalmente diversos términos que han facilitado la confusión, resultando difícil su delimitación y definición. En la literatura científica se ha acuñado con frecuencia el término de Violencia Doméstica (*Domestic Violence*) como palabra clave para hacer referencia al maltrato dentro de la pareja estable. No obstante, este término puede resultar ambiguo puesto que no matiza, por ejemplo, quién recibe y ejerce la violencia, a qué componentes de la familia se refiere, de qué tipo es ésta o en qué rangos de edad se ejerce (Rodríguez Franco, López y Rodríguez Díaz, 2010). Otros términos recogidos dentro de los registros informatizados de la American Psychological Association incluyen: *family violence*, *maltreat*, *harassment*, *intimate partner violence*, *battered women* o *gender violence*, entre otros, que no aportan sino más caos terminológico a una misma realidad objeto de estudio. Dado que resulta difícil discriminar por palabras clave y además no existe consenso en las definiciones ya que éstas implican distintas y diversas connotaciones, es necesario matizar los contenidos y optar por una definición más clara y representativa para el presente estudio. Para ello, se ha realizado una revisión de los términos que más comúnmente se han aplicado para explicar el mismo fenómeno y se ha seleccionado aquel que mejor describe la población objeto de este trabajo.

La violencia, desde una perspectiva global, se puede definir como la acción u omisión innecesaria, lesiva o destructiva de una persona sobre la otra. Violencia doméstica, violencia familiar o intrafamiliar, violencia de género y violencia de pareja, representan el más amplio espectro de las aportaciones al área de la violencia ejercida entre personas con vinculación familiar o afectiva. A continuación se describen cada uno de ellos.

Violencia doméstica: hace referencia a cualquier tipo de agresión, abuso o maltrato entre personas que conviven en el mismo domicilio, estén unidas o no por una relación de parentesco. Señala hacia el “contexto” en el que se producen las agresiones, ya que la violencia se da contra, o se sufre por parte de, la persona con la que comparte el espacio privado e íntimo del hogar, siendo extensible al delimitado por las interacciones en contextos privados. En el marco conceptual de este tipo de violencia subyace la presencia de ciertos elementos definitorios, esto es, el ejercicio del poder, control o autoridad del que agrede hacia la víctima (Walker, 1999) y la reiteración de los actos violentos en los casos de violencia psicológica (Instituto de la Mujer [Díaz- Aguado, M.J. y Martínez Arias, R.], 2002b).

Violencia familiar o intrafamiliar: indica la agresión, abuso o maltrato, ya sea físico, psicológico o sexual, en el contexto de las relaciones familiares (Corsi, 1994). La direccionalidad de la violencia puede ser diversa, entre ellas, el maltrato de padres a hijos y viceversa, entre ambos miembros de la pareja, entre hermanos, etc. No precisa que se dé una situación de convivencia, pero sí un desequilibrio de poder. El género y la edad han sido considerados tradicionalmente los principales ejes de este desequilibrio, así, la mujer, los niños y ancianos serían los principales afectados por este tipo de violencia. Los términos violencia doméstica y violencia familiar suelen emplearse como sinónimos, sin embargo no lo son en sentido estricto, ya que no todos los que conviven en una casa tienen lazos familiares ni los miembros de una familia residen siempre en el mismo hogar. Si quien recibe la violencia es la mujer (pareja/esposa) con la que el agresor ha tenido o tiene una vinculación afectiva podemos hablar de violencia de género y/o VCP, términos empleados nuevamente como sinónimos pero que pueden ser claramente diferenciables.

Violencia de género: también denominada de forma análoga violencia machista, sexista o contra la mujer, se refiere a “...todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico de las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada” (Declaración 48/104; Naciones Unidas, 1994). La interpretación del concepto que hace la ONU en el artículo 1 de esta Declaración sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer implica una evolución en materia de derechos humanos individuales, la visualización de la mujer como víctima de violencia en el ámbito familiar y además, elimina la privacidad como elemento justificador

de la tolerancia o inactividad de los poderes públicos en el tratamiento de este fenómeno (Montalbán, 2007). Por otro lado, amplía el concepto considerando la “amenaza”, e incluyendo diversas manifestaciones de la misma (física, psicológica y sexual) y diferentes contextos en que puede producirse. A partir de esta Declaración, las instituciones y organismos públicos internacionales, europeos, estatales y locales han desarrollado normativas, medidas y derechos para erradicar la violencia sobre las mujeres y distinguen diferentes ámbitos de ocurrencia de este tipo de violencia. Introducen en sus redacciones los contextos de la violencia en el ámbito de la pareja, familiar, laboral y social o comunitario, siendo las manifestaciones más comunes de los dos últimos el acoso sexual, agresiones sexuales, tráfico y explotación de niñas y mujeres, mutilación genital femenina, matrimonios forzados, violencia derivada de los conflictos armados y violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, entre otras formas análogas de violencia que lesionen o sean susceptibles de ello la dignidad, integridad y libertad de las mujeres. La tabla 1.1 recoge las principales normativas elaboradas en los ámbitos referidos.

Violencia de/contra la pareja: también referida violencia conyugal, o violencia en las relaciones íntimas, alude a todo tipo de agresión o maltrato entre personas que comparten una relación sentimental, independientemente del grado de compromiso contraído y de la existencia o no de convivencia. El término no explicita el género de la persona que maltrata ni quién es maltratado/a, aunque en la mayoría de los estudios y publicaciones suelen referirse a la violencia del hombre contra la mujer, ya sea por una cuestión de cifras (prevalencia), accesibilidad a la muestra objeto de estudio o por una trayectoria afianzada cultural, social y científicamente.

Para este estudio se ha optado pues, por el término *violencia contra la pareja*, ya que se muestra fiel al contenido y flexibiliza el lugar de ocurrencia, permitiendo incluir a otras parejas o exparejas no convivientes pero afectadas por la misma. Por ello y a fin de poder hacer aportaciones más precisas y fundadas, se entiende por VCP: cualquier tipo de violencia (física, psicológica o sexual), cometida por uno de los miembros de la pareja, que comparte o ha compartido una relación afectiva, contra el otro, con independencia del nivel de compromiso público contraído (novios, cónyuges, pareja de hechos, exparejas), o de la orientación sexual (heterosexual u homosexual), todo ello en el seno de relaciones adultas. Es necesario especificar que en este trabajo se hará referencia a la VCP masculina sobre la mujer, a menos que se especifique lo contrario.

Tabla 1.1: Principales normativas sobre violencia de género por ámbito: Internacional, Europeo, Nacional y Local

Ámbito Internacional
<ul style="list-style-type: none"> • Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985), que contribuyó a dar luz al problema. • Tribunal Internacional de Crímenes sobre las mujeres, Bruselas 1976, primera vez que se tipifican cómo crímenes diferentes tipos de violencias cometidos hacia las mujeres. • Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1979, de la Organización de Naciones Unidas. • Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, de la ONU, que supusieron un hito para el reconocimiento internacional del problema de la violencia de género. • Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención do Belem do Pará” de 1994, reconoce por primera vez la violencia contra la mujer cómo violación de los derechos humanos y libertades fundamentales • Conferencia Mundial sobre las Mujeres (ONU), Pekín, 1995, se obtuvo el reconocimiento internacional de la violencia de género como violación de los derechos humanos. • Comisión sobre el Estatus de la Mujer, Nueva York, 2013, una vida libre de violencia es un derecho humano básico.
Ámbito Europeo
<p>El Consejo de Europa y La unión Europea, desarrollan: Resoluciones, Recomendaciones, Declaraciones y Acciones que reconocen la necesidad de combatir ese fenómeno. Destaca: Parlamento Europeo (1997):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campaña de Tolerancia Cero e Iniciativa DAPHNE, en la actualidad en su tercera edición para prevenir y combatir la violencia sobre los niños/as, jóvenes y mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo (Diario Oficial de la Unión Europea, 2007).
Ámbito nacional (España)
<ul style="list-style-type: none"> • Constitución de 1978, los artículos 9.2, 14, 15, 17 y 18, consagran la igualdad real y efectiva de sexos. • Planes de Acción contra la Violencia de Género en el ámbito Doméstico, iniciados en el año 1998, dan lugar a reformas legislativas en dicha materia. • Modificaciones en el Código Penal (CP) de 1995 y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal: Ley Orgánica (LO) 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas concretas en Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de Extranjeros y LO 15/2003, de 25 de noviembre, que modifica la LO 10/1995, de 23 de noviembre del CP. • La Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica. • LO 1/2004, de 28 de diciembre en Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que otorga la relevancia social que se merece, se crean juzgados específicos e introduce un marco legislativo común relativo exclusivamente al marco de las relaciones de pareja, excluyendo otras formas de violencia de género internacionalmente reconocidas.
Ámbito local y supra-local (España)
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 5/2001, 17 de mayo, de Castilla - La Mancha, de prevención de malos tratos y atención a mujeres maltratadas. • Ley Foral de Navarra nº 12/2003, de 7 de marzo, de modificación de la Ley Foral 22/2002, de 2 de julio, para la adopción de medidas integrales contra la violencia sexista. • Ley 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género de la Comunidad Autónoma de Canarias. • Ley 9/2003, del 2 de abril, de la Generalitat Valenciana, para la Igualdad de hombres y mujeres. • Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas de Cantabria. • Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid. • Ley 4/2005 de 18 de febrero, de igualdad del País Vasco, dedica el Capítulo VII a la violencia contra las mujeres y su artículo 50 lo define. • Ley 12/2006, de 20 de septiembre, para la mujer. • Ley 4/2007, de 26 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres víctimas de Violencia en Aragón. • Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre mujeres y hombres y contra la Violencia de Género en la Región de Murcia. • Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la Violencia de Género. • Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la Violencia de Género. • Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista de Cataluña. • Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la Violencia de Género en Castilla y León. • Ley 2/2001, de 11 de marzo, del Principado de Asturias para la Igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la Violencia de Género. • Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la Violencia de Género de Extremadura.

1.1.2. Tipología

Principalmente se consideran tres formas de violencia: física, psicológica y sexual. Algunos autores consideran que la tipología de la agresión/abuso puede establecerse según otros criterios clasificatorios como p.ej. en función de la expresión (directa versus indirecta), en relación al objetivo (p.ej. dirigida hacia uno mismo o a otras personas), e incluso por las funciones motivacionales, distinguiendo la agresión reactiva o impulsiva de la proactiva o premeditada (Andreu, 2009; Andreu, Ramírez y Raine, 2006). Estas conceptualizaciones permiten comprender mejor la naturaleza del maltrato, sin embargo no definen totalmente las conductas violentas. Una mayor comprensión y caracterización de las diferentes manifestaciones violentas en las relaciones de pareja, permite la clasificación universalmente más aceptada (violencia física, psicológica y sexual) y se describe a continuación.

Violencia física: cualquier conducta por parte del agresor, que implique el uso de la fuerza física y/o algún instrumento para agredir intencionalmente a la pareja, exponiéndola a un riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de tal conducta (Labrador, Rincón, DeLuis y Fernández-Velasco, 2004). Deben considerarse tanto las conductas “activas”, como por ejemplo: abofetear, empujar, golpear, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias con el fin de causar una lesión, etc.; como las conductas “pasivas”, entre ellas: privar a la víctima de los cuidados médicos pertinentes durante una enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos), o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (fallo en los frenos del coche, escape de gas, etc.). Esta última se considera violencia física por omisión intencional por autores como Walker (2009) o Sanmartín (2007), y está reconocida y recogida por la OMS (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002) como negligencia o privación. La violencia física es el maltrato más evidente y por lo tanto el más fácil de identificar, por lo que suele ser el más relevante para los ámbitos personal, social y legal (Krug et al., 2002; Labrador et al., 2004; Labrador, Rincón, Estupiñá, Crespo, deLuis y Fernández-Velasco, 2009b). Este tipo de maltrato habitualmente ocasiona secuelas físicas y psicológicas (Echeburúa, 2004) y suele verse precedido y/o acompañado por violencia psicológica, pudiendo esta última tener incluso consecuencias más negativas para la víctima (O’Leary, 1999; Woodin y O’Leary, 2009).

Violencia sexual: cualquier conducta por parte del agresor, dirigida a forzar un acto de naturaleza sexual no deseada por la pareja, ya sea a través de amenazas, intimidación, coacción o coerción verbal o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión de la mujer. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no sólo la penetración vaginal o anal (Labrador et al., 2004; McAllister, 2000), aunque ésta última se considera la forma de violencia sexual más grave (DeGue y DiLillo, 2005). Este tipo de violencia implica maltrato físico y psicológico, se la considera de forma diferenciada por sus especiales connotaciones y suponer mayor intimididad. Dado que muchas personas, hombres y mujeres, consideran que es un deber u obligación acceder a las demandas sexuales en una relación de pareja, a veces, ni víctimas ni agresores identifican como violencia el forzar a tener relaciones sexuales a la propia pareja (Labrador et al., 2009b).

Violencia psicológica: cualquier conducta, física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un intento de producir intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento (Labrador et al., 2004). Manifestaciones específicas de este tipo de maltrato pueden ser: humillaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato a ella o menores, daño físico o tortura a la víctima o a sus seres queridos, daño a propiedades valoradas por la víctima (objetos o animales), etc. También la negación de la violencia, culpabilización o atribución de responsabilidad absoluta a la víctima de los episodios de maltrato (Labrador et al., 2009b); e incluso categorías como: maltrato económico o financiero (control de los recursos económicos de la víctima, llegando incluso a la privación completa de éstos); maltrato estructural, (relaciones de poder, imposiciones y toma de decisiones que generan y legitiman la desigualdad); maltrato espiritual, (destrucción de las creencias culturales o religiosas de la víctima, u obligarla a que aceptar otras ajenas a sus convicciones) y maltrato social, (aislamiento de la víctima, privación de sus relaciones sociales y humillación en éstas) (Labrador et al., 2009b). La tabla 1.2 ofrece una caracterización de las distintas formas de maltrato psicológico, que pretenden integrar las categorías y subcategorías de este tipo de abuso, al que otros autores han denominado “micro-violencias” o “micro-machismos” (Alvarez, 1999; Bonino, 2005) refiriéndose a prácticas sutiles de maltrato cotidiano.

Tabla 1.2. Distintas formas de maltrato psicológico (Labrador et al., 2004, modificado)

Abuso Económico	
⇒	Hacer preguntas constantes sobre el dinero y acusar de incompetencia al otro.
⇒	Controlar el dinero/recursos económicos por parte del maltratador.
⇒	Coger el sueldo del otro y gastar únicamente para uno mismo.
⇒	No permitir el acceso al dinero familiar o retener tarjeta de crédito.
⇒	Impedir que participe en la toma de decisiones sobre la distribución del dinero.
⇒	Impedir que consiga o conserve un trabajo.
⇒	Obligar a la venta de bienes.
⇒	Privación completa de los recursos económicos.
Aislamiento/Control Social y Emocional	
⇒	Controlar lo que hace el otro: a quién mira y habla, qué lee, cómo se viste, dónde va, quién le llama, etc.
⇒	Maltratar verbalmente en presencia o no de terceros: criticar, humillar, insultar, ridiculizar, denigrar y descalificar constantemente.
⇒	Limitar o prohibir las relaciones sociales y compromisos del otro o de la propia relación de pareja fuera de casa.
⇒	Mantener una actitud ambigua e incoherente: exigir que lo acompañe o impedir su presencia en determinados acontecimientos o actividades.
⇒	Tratar mal a los familiares y/o amigos de la víctima.
⇒	Promover el aislamiento y fiscalizar: desconectar el teléfono, abrir la correspondencia, escuchar las conversaciones telefónicas, revisar pertenencias, etc.
⇒	Impedir el descanso y ocio: privar del uso de la habitación, generar ruido, prohibir el uso de la tv o internet, etc.
⇒	Manipular comunicacionalmente para poner en duda las correctas percepciones del otro.
Intimidación	
⇒	Infundir miedo usando miradas, acciones o gestos.
⇒	Romper/golpear cosas.
⇒	Destruir la propiedad del otro.
⇒	Mostrar armas.
Negación, Minimización y Culpabilización	
⇒	Afirmar que el abuso no está ocurriendo.
⇒	Reconocer el abuso y no preocuparse por la seriedad del mismo.
⇒	Responsabilizar al otro por lo ocurrido.
⇒	Usar los celos para justificar las acciones o mostrar victimismo culpando al otro.
⇒	Demandar permanentemente con uso constante de atribución causal externa.
Uso de Amenazas	
⇒	Hacer amenazas directas o indirectas de infligir lesiones o daño físico.
⇒	Amenazar con la realización de un acto suicida.
⇒	Amenazar con abandonar o tener una aventura con otra persona.
⇒	Amenazar con echar al otro de casa.
Uso de los Niños	
⇒	No se hace cargo de los hijos pero cuestiona/critica la capacidad del otro.
⇒	Amenazar con quitar la custodia de los niños en caso de que la víctima denuncie.
⇒	Amenazar con maltratar a los niños en caso de denuncia por parte de la víctima.
⇒	Usar a los niños para enviar mensajes.
⇒	Usar las visitas (en caso de divorcio o separación) para acosar u hostigar al otro.
⇒	Tratar de llevarse a los niños cuando no está pactado.

La violencia psicológica es la forma de VCP más frecuente en todo el mundo (Alhabib, Nur y Jones, 2010; Esquivel-Santoveña, Lambert y Hamer, 2013; Ruiz-Pérez Plazaola-Castaño, Blanco-Prieto, González-Barranco, Ayuso-Martín y Montero-Pinar, 2006) y afecta tanto a hombres como a mujeres (Esquivel-Santoveña et al., 2013). Suele ser la más difícil de identificar (McAllister, 2000), y se sugiere que su severidad se estime en función de la frecuencia con que se da y del impacto subjetivo que supone para la víctima (Walker, 1979, 2009). Diversos estudios demuestran que sus consecuencias son al menos tan negativas como las del maltrato físico (Woodin y O'Leary, 2009).

La clasificación de la violencia en física, psicológica y sexual permite unificar criterios, describir y facilitar el análisis de las conductas violentas en las relaciones de pareja, no obstante, la realidad es que estas variantes no son excluyentes y suelen aparecer interrelacionadas (Labrador et al., 2004). En esta dirección, Alonso (2007) indica que la violencia física no se restringe a un golpe, sino que la implicación de este acto va más allá y habría que calificarlo también de violencia psicológica; al igual que la violencia sexual implica violencia psicológica y, en la mayoría de las ocasiones, también violencia física. El abuso psicológico se ha mostrado predictivo del abuso físico y tiene un impacto psicológico severo (O'Leary y Maiuro, 2001).

1.1.3. Patrón de la violencia contra la pareja.

En general, cuándo aparece de forma visible la VCP, podemos sospechar que ya ha recorrido un largo camino, instaurándose, arraigándose y constituyendo para las víctimas y la sociedad un grave problema. Los abusos suelen comenzar en los primeros años de la relación de pareja, aunque en algunos casos se dan ya desde el noviazgo (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2002; Fontanil et al., 2002), incrementándose generalmente su frecuencia e intensidad con el paso del tiempo. González y Santana (2001) señalan que el 51% de las parejas que han experimentado violencia en el noviazgo están sometidas a un mayor riesgo de que ésta aumente en los primeros 18 meses de convivencia. La violencia se convierte en una estrategia de control de conducta cada vez más frecuente (Echeburúa, 2004), llegando incluso a aumentar la gravedad y severidad en un 71% durante el embarazo (Taillieu y Brownridge, 2010).

Es preciso, por tanto, conocer y analizar la violencia en las relaciones de pareja para poder incrementar nuestro conocimiento sobre su inicio, desarrollo y consolidación del patrón de conductas violentas, que constituye un preámbulo a la violencia en las relaciones de pareja adultas y marca la cronicidad de la misma.

1.1.3.1. Dirección de la violencia contra la pareja.

En general se considera que la VCP puede afectar a cualquier miembro de la relación, sin que puedan identificarse diferencias sustanciales en función del género. No obstante, de manera tradicional se ha considerado que es una forma de violencia que afecta de forma más frecuente a las mujeres. En general, el 24% de las personas son agredidas por su pareja al menos una vez en su vida, presentándose tasas generalmente más altas de

victimización en el noviazgo y en muestras de estudiantes (Desmarais, Reeves, Nicholls, Telford y Fiebert, 2012a). Diferentes estudios que prestan atención a este aspecto tanto en las relaciones de noviazgo como en parejas casadas o convivientes (Capaldi, Shortt y Kimm, 2005; Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González, 2007), presentan una posible conexión entre la violencia ya presente en las relaciones entre adolescentes y jóvenes y la posterior violencia que se detecta en las parejas adultas o relaciones estables (González y Santana, 2001; Matud, 2007a; Swart, Garth y Ricardo, 2002). Estudios con muestras clínicas, población general y estudiantes universitarios -llevados a cabo tanto en países industrializados como en países en vías de desarrollo- concluyen que la VCP es un fenómeno que afecta a ambos sexos (Esquivel-Santoveña et al., 2013). Es más frecuente que se produzca bidireccionalidad de la VCP que unidireccionalidad, en mayor medida en muestras de población general, 57.9% vs. 42%, que en muestras universitarias, 51.9% vs. 48.1% (Desmarais, Reeves, Nicholls, Telford y Fiebert, 2012b). Sin embargo, la mayor parte de los estudios no estudian los porcentajes de violencia bidireccional y unidireccional, ni quién la ejerce, por lo que no debe generalizarse ni invisibilizarse la violencia unidireccional.

Tres aspectos resultan importantes para el estudio de la dirección de la violencia, estos son, las diferencias de género en la perpetración de los abusos, el tipo de violencia y la edad de las personas estudiadas.

Diferencias de género. Numerosos estudios muestran que las agresiones en la pareja suelen ser ejercidas por ambos individuos (Desmarais et al., 2012b) tanto en el matrimonio (Straus y Gelles, 1990), como en el noviazgo (O'Leary y Slep, 2003). En general, el 25.3% de los individuos han agredido físicamente a sus parejas, en cuya distribución la ratio más alta correspondería a las mujeres, 28.3%, frente a los hombres, 21.6% (Desmarais et al., 2012b), aunque tal y como señala el metaanálisis de Archer (2000) se asocia con la mujer cuando la muestra está compuesta por personas jóvenes, estudiantes y con relación de noviazgo, mientras que se observan el efecto asociado con el hombre para muestras adultas y en relaciones de convivencia o matrimonio. En este sentido, en la investigación de la VCP en jóvenes, la mayoría de las investigaciones estiman tasas de prevalencia muy similares por género y bidireccionalidad de la misma (González y Santana, 2001; Molidor y Tolman, 1998; Straus, 2004) aunque otras no encuentran diferencias a causa del género (Dye y Eckhardt, 2000; Hettrich y O'Leary,

2007; Muñoz-Rivas et al., 2007; Straus, 2004). Sin embargo, la reciente revisión sistemática llevada a cabo por Desmarais et al. (2012b) obtiene tasas de perpetración de VCP física unidireccional en estudiantes superiores en mujeres hacia hombres (31.9%) que en la direccionalidad inversa (16.2%).

Tipo de violencia estudiada, ya sea física, psicológica o sexual. La investigación más reciente parece indicar que hay simetría entre las tasas de abuso físico y psicológico por género (y en menor medida el abuso sexual) en la mayoría de los países del mundo (Esquivel-Santoveña et al., 2013). En relación a la violencia física, diversos trabajos constatan la presencia de tasas similares de violencia física ejercida en hombres y mujeres pertenecientes a muestras comunitarias (Archer, 2000; Hines y Saudino, 2003; Straus y Gelles, 1990), o superiores (Desmarais et al., 2012b) y porcentajes similares en victimización (Desmarais et al., 2012a) en muestras de estudiantes (Corral y Calvete, 2006). Graña, Rodríguez y Peña (2009) indican que tanto hombres como mujeres adultos establecen un uso similar de la violencia física a la hora de resolver los conflictos en las relaciones íntimas. La violencia psicológica se señala en multitud de estudios como la más prevalente, con un 80% de personas que reconocen haber cometido abuso emocional con sus parejas (Carney y Barner, 2012). Generalmente las mujeres emplean este tipo de violencia igual o más frecuentemente que los hombres (Harned, 2001; Hines y Saudino, 2003; Riggs y O'Leary, 1996), con mayor frecuencia de abuso expresivo (en respuesta a la provocación) en mujeres y abuso coercitivo (con objeto de supervisar, controlar, amenazar) en hombres (Carney y Barner, 2012). En muestras españolas estos resultados han sido constatados con universitarios, adolescentes o jóvenes adultos (Corral y Calvete, 2006; Muñoz-Rivas et al., 2007) y adultos (Graña et al., 2009). La violencia sexual presenta mayores tasas de ejecución en hombres así como mayor proporción de mujeres como víctimas de la misma (Harned, 2001; Hettrich y O'Leary, 2007; Hines y Saudino, 2003), con resultados similares en muestras españolas (Corral y Calvete, 2006; Graña et al., 2009).

Edad. Aparece una disminución de la prevalencia de la VCP a medida que la edad aumenta (Capaldi, Knoble, Shortt y Kim, 2012; O'Leary, 1999; Riggs, Caulfield y Street, 2000; Straus y Gelles, 1990). Se produce la misma tendencia en todos los tipos de agresión (física, psicológica y sexual), tanto en los porcentajes de perpetración como de victimización y donde las mayores tasas de violencia se producen entre los 18 y 29 años

(Graña et al., 2009). Se produce el mismo efecto si tenemos el número de muertes por VCP a la mujer en España, el tramo entre los 25 y los 34 años es el que presenta una mayor tasa de feminicidios cometidos por la pareja o ex pareja, siendo los agresores también jóvenes, entre 35 y 44 años (Centro Reina Sofía, 2010).

Los datos parecen señalar que el uso de la violencia en el seno de la pareja es frecuente y no muy distinto en función del sexo del que la ejerce o recibe. La alarma social sin embargo, ha apuntado a la mujer como víctima principal. Esto puede explicarse por la intencionalidad (coercitiva) de la violencia psicológica por parte de los varones hacia la mujer e invisibilidad de la misma frente a otros tipos de abuso (Carney y Barner, 2012), por la mayor ejecución de violencia física grave en pareja adultas (Archer, 2000) y más frecuente y grave violencia sexual (Carney y Barner, 2012; Corral y Calvete, 2006; Harned, 2001; Hettrich y O'Leary, 2007; Hines y Saudino, 2003). Además, diversos estudios internacionales han puesto de manifiesto que el 30-70% de los homicidios en los que las víctimas eran mujeres, el homicida fue el esposo o pareja sentimental, mientras que en el caso contrario, el porcentaje de hombres que murieron a manos de sus parejas mujeres estaría situado entre un 4 y un 8.6%. Las mujeres no son por tanto las únicas víctimas de la VCP, sin embargo, el impacto de la violencia suele ser más severa (Harned, 2001; UN Women [United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women], 2011a), experimentan mayor control coercitivo, violencia sexual y física más grave (WHO, 2013b), con mayor probabilidad de lesiones físicas y en consecuencia más necesidad de atención médica (Krug et al., 2002; Loxton, Schofield, Hussain y Mishra, 2006; Neroin y Schei, 2008) y al mismo tiempo, presentan más dificultades emocionales (Capaldi et al., 2012; Follingstad, Wright, Lloyd y Sebastian, 1991, Foshee, 1996; Loxton et al., 2006).

Así, la mayor parte de la investigación y programas de intervención psicológica se dirige a esta realidad, que será la principalmente considerada en el presente trabajo.

1.1.3.2. Desarrollo: Ciclo y Escalada en la violencia contra la pareja

La mayoría de los investigadores del ámbito de la VCP coinciden en afirmar la existencia de tres momentos que marcan el desarrollo de la situación de maltrato (Álvarez, 1999; Jensen, 2000; Lorente, 2001; Walker, 1979, 1989, 2009). Una vez se da un episodio de violencia, lo más probable es que vuelva a repetirse, aunque el tipo de maltrato pueda ser distinto en una y otra ocasión (Rincón, 2003).

Walker (1979, 1989, 2009) trata de explicarlo a través de su "Teoría del ciclo de la violencia", según la cual, la violencia se repite dándose un ciclo de tres fases, que varían en cuanto a la duración e intensidad, aunque se repiten de forma secuencial completando el ciclo y produciéndose un agravamiento progresivo o escalada de la violencia. Durante la primera fase, Acumulación de Tensión, la tensión aumenta en la pareja gradualmente y aparecen las primeras agresiones psicológicas, cambios conductuales repentinos e imprevistos en forma de pequeños incidentes o conflictos cotidianos y posteriormente violencia física "leve", como bofetadas, empujones y agresividad encubierta. Esto ocasiona sensación de peligro de la víctima, estrés, miedo y desconfianza en la autogestión de los conflictos. La vulnerabilidad a la violencia grave aumenta si se produce en una situación de aislamiento social y falta de redes de apoyo (Dutton y Golant, 1997; Walker, 2009). En la segunda fase, Explosión o Agresión, se produce el episodio violento, ya sea psicológico, físico o sexual, y generalmente de intensidad relativamente grave, alcanzando en su variante más extrema un resultado letal. La agresión adquiere un sentido, de control, dominación o castigo, etc. Es la más breve de las fases y suele acabar con la descarga de la tensión del agresor, produciendo en la víctima reacciones de conmoción, incredulidad y/o negación de lo ocurrido (Walker, 2009) que impiden que éstas busquen asistencia médica, social o psicológica. Durante la tercera fase, Arrepentimiento o Reconciliación, también denominada Luna de Miel (Lorente, 2001), se produce una manipulación afectiva. El arrepentimiento, pedir perdón y asegurar que no volverán a ocurrir episodios violentos caracterizan el nuevo comportamiento del agresor. Si bien, los cambios duran poco y cada vez son más cortos (Walker, 2009) y a pesar de ello, las afectadas no se suelen tomar medidas eficaces para poner fin definitivo a la situación y protegerse.

Recientemente, Walker (2009) añade un momento previo al inicio del ciclo que se caracteriza por un malestar o insatisfacción en la relación de pareja y que está asociado con diversos factores de riesgo, como p.ej. los roles estereotipados de género. En esta misma línea, Woodin y O'Leary (2009) señalan que independientemente de quien ejerza la violencia, ésta guarda relación con el desajuste marital, el divorcio y los problemas de adaptación de los hijos. En general, existe un amplio consenso que indica una asociación entre la violencia en las relaciones de pareja y la baja calidad de la relación de pareja (Cáceres J., 2004; Lawrence y Bradbury, 2007; Pérez-Testor, Castillo, Davins, Salamero y

San-Martino, 2007; Stith, Green, Smith y Ward, 2008) siendo el abuso sexual en la pareja un potente predictor de la desarmonía marital (Davins, Bartolomé, Salamero y Pérez-Testor, 2010).

Walker et al. (2009a) señalan algunas diferencias relativas al ciclo de la violencia entre las parejas que se mantienen y las que se separan. Así, con el paso del tiempo se observa una tendencia a disminuir la tensión en las parejas que se mantienen y un aumento en las que se separan, mientras que el arrepentimiento del agresor se reduce en ambas.

La repetición del ciclo de violencia y agravamiento de los episodios de maltrato se conoce como Espiral o Escalada de la violencia (Echeburúa y Corral, 1998; Labrador et al., 2004; Walker, 2009). La violencia psicológica precede a la violencia física (Parker, 2006) y ésta generalmente a las agresiones sexuales en las relaciones de pareja. El ciclo se transforma en una espiral de fases más cortas, sin que en ocasiones medie la fase de arrepentimiento, que acaba por desaparecer. El gradual aumento de la frecuencia y severidad de los malos tratos va agotando los recursos psicológicos de la víctima para poder escapar de la situación, favoreciendo su permanencia en la relación abusiva y la cronicidad de la violencia (Walker, 1989, 2009); aunque según algunos autores, si esta espiral ya está muy avanzada, las víctimas pueden llegar a reconocer que están ante un grave problema para el que necesitan apoyo y deciden pedir ayuda o separarse (Corsi, 1994; Nogueiras, 2004).

1.1.3.3. *Curso: Mantenimiento y permanencia de la violencia de pareja*

Conocer las razones por las que una mujer permanece con el agresor es y ha sido un tema de gran interés que ha suscitado múltiples interpretaciones y mitos en torno a este tipo de abuso. Algunos de los mitos más frecuentes están relacionados con factores transversales (edad, estatus social, nivel económico, cultura o etnia, enfermedad mental o el uso de alcohol o drogas), mientras que otros se centran en la justificación (medió la provocación, algo habrá hecho para que el agresor actúe así, permanecen en la relación porque les gusta, la conducta violenta es algo innato, etc.). En general, aquellas creencias que tienen que ver con el mantenimiento del problema suelen estar basadas en el concepto del amor romántico (Yela, 2000), considerando los abusos y violencia como actos de amor (Rosen y Bezold, 1996), en el marco de un afecto exclusivo, incondicional y para toda la vida. Por otro lado, se mantienen los estereotipos de tradición teórica y

empírica sobre género (Campbell A., 1993; Osborne, 2001) y sobre la asociación género-violencia (Walker, 1980, 2009) que pone de manifiesto un escenario de sistema patriarcal, configurado por un modelo de familia tradicional, organizado en torno a una pareja normal, de carácter heterosexual, cuyas relaciones se rigen por el código de género (Cantera y Blanch, 2010).

La mayoría de los estudios en entorno clínico en muestras españolas indican que la duración de la relación violenta suele superar los 10 años (Amor et al., 2002; Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004; Alonso y Labrador, 2008), no obstante, estas cifras son menores (aprox. 5 años) según algunas macroencuestas de tipo sociológico (Instituto de la Mujer, 1999, 2002, 2006) y estudios recientes, p.ej. Labrador et al. (2010) en que el promedio de duración del maltrato es de 7 años, indicando una tendencia progresiva de las mujeres a permanecer menos tiempo en la relación abusiva y a solicitar antes ayuda. Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral (2007) coinciden en que la búsqueda de ayuda es cada vez más temprana, especialmente en las mujeres jóvenes, que con historias de victimización más cortas aunque igualmente crónicas (periodos de entre 1 y 4 años), tienen una mayor intolerancia a los comportamientos violentos.

Soportar cualquiera de estos promedios es realmente grave y apunta a los problemas habidos para salir de la situación de violencia. Según Rhatigan, Street y Axsom (2006) es un proceso muy complejo y está condicionado por múltiples factores (socio-económicos, cognitivos, emocionales, psicopatológicos) interrelacionados que llevan a considerarlo como un fenómeno multidimensional. A pesar de la proliferación de teorías explicativas (véase el apartado siguiente) los resultados de los estudios no son concluyentes, aunque sí apuntan algunos de los factores más influyentes. La tabla 1.3 muestra algunos de los factores vinculados con la permanencia de la mujer en la relación de pareja violenta.

Tabla 1.3. Factores explicativos de la permanencia de la mujer en la relación violenta

Dependencia
<p>Influye magnificando los riesgos del posible abandono de la relación al considerar la situación como visiblemente negativa o peligrosa. Puede adoptar diversas formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Económica.</i> La falta de recursos económicos, de vivienda, institucionales o incluso sociales, influyen en el mantenimiento de las situaciones de violencia de pareja (Baker, Billhardt, Warren, Rollins y Glass, 2010), así, las mujeres dependientes económicamente tienen mayor probabilidad de mantener una relación violenta durante un largo tiempo (Torres y Espada, 1996). • <i>Emocional.</i> Podría entenderse como un “mecanismo de adherencia” que se articula bajo diferentes aspectos a lo largo de la relación, como: la apuesta amorosa realizada al principio de la relación y el elevado coste emocional que supone la aceptación del fracaso, el empeño en restituir la imagen que se tenía inicialmente del otro, justificación de la conducta, confianza en su influencia para el cambio, responsabilizarse o culpabilizarse, considerar que perder a la pareja supondrá un desvalimiento o simplemente que siguen queriendo al agresor.
Emociones: Miedo, culpa, vergüenza, amor, sorpresa, soledad y odio
<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a la pérdida de los/as hijos/as, del hogar, de los amigos o el estatus social, a abandonar el entorno habitual. • Miedo a las represalias del agresor o cumplimiento de las amenazas, que con frecuencia han sido manifestadas de forma explícita, por ejemplo: producirle la muerte a ella, suicidarse, agredir a los/as hijos/as u otros miembros de su familia, etc. • La culpa, la vergüenza, la sorpresa y el miedo pueden generarse y potenciarse por el propio proceso del maltrato y desarrollan un papel decisivo en la prolongación de la relación de abuso. El amor se diluye y se transforma en odio o ira y la soledad sería el reflejo del aislamiento (Escudero, Polo, López y Aguilar, 2005).
Aspectos familiares, sociales y culturales
<ul style="list-style-type: none"> • El temor a la desaprobación e incompreensión de familiares y amigos, a perder su apoyo o quedarse aisladas. • La interiorización del ideal femenino tradicional (Nogueiras, 2004), antecedentes familiares y del contexto pueden servir de mantenedores del rol de género en mujeres maltratadas que favorecen la desesperanza aprendida (Bargai, Ben-Shakhar y Shalev, 2007). • El aislamiento social limita las oportunidades y el acceso a recursos institucionales y comunitarios. • Experiencias de violencia familiares o de pareja previas pueden explicar la existencia de estrategias de evitación que favorecen la angustia y revictimización (Walsh, O'Connor, Shea, Swogger, Schonbrun y Stuart, 2010) y dificultades para establecer relaciones interpersonales adecuadas (Ehrensaft, 2009; Goldman y Smyth, 2011).
Aspectos que dependen de la propia relación
<p>Las pautas de interacción tales como el establecimiento del ciclo de la violencia (Walker, 1979, 2009) fomentan un vínculo emocional (basado en el miedo, la supervivencia, el estupor y el desconcierto) que supone una gran barrera para la ruptura de la relación. La incoherencia de quien afirma querer y convierte su vida en un infierno (Bosh, Ferrer y Alzamora, 2010)</p>
Razones relacionadas con el comportamiento del maltratador
<p>Las promesas de cambio y el arrepentimiento explícito son las razones más frecuentes para mantener o retomar una relación abusiva (Harding et al., 2009). Esperanza de cambio y recuerdos positivos refuerzan esa permanencia (Dutton y Golant, 1997)</p>
Creencias religiosas
<p>Las creencias religiosas muy rígidas contribuyen a la decisión de permanecer en la relación abusiva (González y Santana, 2001). Bajo la consideración de que la unión de una pareja debe ser “eterna” e “indisoluble”, y “privada”, un representativo 70% de mujeres maltratadas refiere no haber explicitado su condición de víctimas a otras personas (Krug et al., 2002).</p>
Condicionantes psicológicos
<p>Condicionantes emocionales (como la minimización, la vergüenza, la culpa, la sensación de fracaso, el temor a la soledad, un estado permanente de indefensión y desesperanza generada por la falta de control de la situación, etc.) y las consecuencias psicológicas (que como resultado de la violencia interfieren en los procesos cognitivos responsables de la solución de problemas, toma de decisiones, manejo de la ansiedad, del estado de ánimo, etc.) interferirían gravemente en el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces dirigidas a la disolución de la relación abusiva.</p>

A pesar de los numerosos factores asociados a la permanencia en la relación de pareja violenta, muchas víctimas deciden abandonar al agresor. Dos aspectos suelen ser determinantes para esta decisión: a) que la víctima finalmente perciba de manera realista la gravedad de la situación y su incapacidad de controlarla (Sarasua y Zubizarreta, 2000) y b) que la violencia comience a afectar a los hijos de forma más directa (Krug et al., 2002; Labrador et al., 2004).

El abandono del agresor no suele ser un acto inesperado, sino el final de un proceso que incluye períodos de negación, culpa, sufrimiento y dudas, en los que son frecuentes los episodios de separación y reconciliación (Krug et al., 2002). En el momento en que las perpetradas comienzan a recuperar la sensación de control y responsabilizan únicamente al agresor de las conductas violentas, suele ser más probable que abandonen la relación (Sarasua y Zubizarreta, 2000), siendo más fácil si dispone de apoyo emocional y logístico de la familia, amigos o recursos sociales (Krug et al., 2002).

No obstante, el abandono del agresor no garantiza el cese de la violencia y es frecuente que se mantengan amenazas y otros tipos de violencia, lo que supone una situación de especial gravedad al constatar que ni separándose del agresor es posible escapar a esa realidad. La persistencia del miedo a nuevas agresiones dificulta superar las negativas repercusiones psicológicas producidas por el maltrato (Echeburúa, 2004). Rhatigan et al. (2006) han observado que en casos de violencia muy grave las mujeres muestran mayor temor a abandonar a su pareja por miedo a las consecuencias (cumplimiento de las amenazas o represalias), sin embargo, si la violencia es leve o moderada, suelen aguantar mejor la convivencia, justificar el maltrato o hacer intentos para mejorar la relación. Una percepción del riesgo más eficaz determinará que las afectadas reaccionen de forma más activa o pasiva en relación a la VCP. Harding y Helweg-Larsen (2009) indican que las mujeres que reaccionan buscando apoyo familiar o social, abandonando del hogar o recurriendo a la protección policial perciben mejor el riesgo. No obstante, este tipo de reacciones puede hacer aumentar la violencia por parte del agresor, de modo que es necesario planificar estrategias de protección asociadas al proceso de abandono de la relación abusiva.

1.1.4. Resumen

La VCP puede definirse como un patrón de conductas abusivas que incluye maltrato físico, sexual y/o psicológico (generalmente interrelacionados) y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima. Puede afectar a los dos sexos, siendo las mujeres quienes suelen padecer consecuencias más graves.

Este tipo de violencia tiende a instaurarse precozmente en la relación de pareja y cursa de manera crónica y cíclica. Se produce un incremento progresivo de la gravedad de las agresiones ("Escalada de la Violencia") y se desarrolla a través de tres fases sucesivas que determinan el carácter cíclico ("Teoría del Ciclo de la Violencia" de Walker, 1979, 1989, 2009).

No existen perfiles que predeterminen o aboquen a la violencia, cualquier mujer podría encontrarse en una situación de maltrato. Sin embargo, numerosos factores de tipo social, familiar, cultural, económico o psicológico pueden favorecer una situación de mayor vulnerabilidad para la permanencia en esa situación, que los convertiría en factores de "peor pronóstico". Por el contrario, la desculpabilización en la víctima de la ocurrencia del maltrato, percepción realista de la gravedad del mismo y la extensión de la violencia a los hijos favorecerían el abandono de la relación, aunque como se sabe, esto no garantiza el cese definitivo de los malos tratos.

1.2. Epidemiología de la Violencia contra la Pareja

Establecer la prevalencia de este problema resulta difícil; las cifras que diversas investigaciones, instituciones y organismos públicos presentan hacen referencia a "estimaciones", sin poder precisar hasta qué punto éstas reflejan la realidad. Algunos factores que pueden estar afectando: (1) variaciones metodológicas que interfieren en la calidad y comparabilidad de los datos, (2) la ocultación de los datos (por parte de los participantes o las instituciones de algunos países), (3) la percepción social o tolerancia a la violencia (Lary y García-Moreno, 2009) y (4) las condiciones de la evaluación/entrevista (Krug et al., 2002). En esta dirección, Alhabib et al., (2010) a través de un metaanálisis sobre los estudios de prevalencia en VCP (estudios procedentes principalmente de América del Norte (41%) y Europa (20%)), con un 56% de estudios de base poblacional, y 17%

comunitarios y/o clínicos) confirman la elevada variación en los datos epidemiológicos existentes. Concluyen que: 1) la violencia contra las mujeres no solo es un problema de salud global, sino que ha alcanzado proporciones pandémicas en la mayoría de las sociedades, 2) existe una gran necesidad de estandarizar la metodología en este tipo de investigaciones, debido a que las diferencias en el uso de instrumentos, tamaño de la muestra, periodos estudiados, población encuestada y tipos y formas de violencia estudiados, provoca estimaciones de prevalencia muy dispares, 3) es necesario desarrollar definiciones claras y coherentes para permitir realizar comparaciones entre estudios.

Las limitaciones de la metodología (especialmente en relación al uso de encuestas) para obtener la información son por tanto evidentes, a su vez, a las dificultades en identificar la VCP se une la dificultad de que una persona facilite información que supone íntima a alguien desconocido que le asalta por la calle o por teléfono. Índices alternativos, como el número de denuncias o feminicidios, tampoco parecen precisos.

1.2.1. Prevalencia de la violencia contra la pareja

Las estimaciones más exactas de la prevalencia de la VCP en entornos sin conflictos son las proporcionadas por encuestas poblacionales basadas en el testimonio de las víctimas. No obstante, se dispone de amplia información facilitada por estudios en entornos comunitarios y/o clínicos y otros índices alternativos como el número de muertes a consecuencia de la VCP.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) revela proporciones epidémicas sobre la violencia hacia la mujer e indica que el 30% de las mujeres en el mundo se ven afectadas por la VCP, siendo éste el tipo de violencia más común (WHO, 2013a). Según los datos disponibles por países, la ONU Mujeres (UN Women, 2011a) revela que hasta 6 de cada 10 mujeres sufren violencia física o sexual a lo largo de su vida y entre el 9 y 70% señalan que el maltrador es su pareja. Diversos estudios van en esta dirección e indican que entre el 9.1 y 75.9% de las mujeres han sufrido VCP en algún momento de su vida (Breiding, Black y Ryan, 2008; García-Moreno et al., 2006; Tiwari et al., 2008; Tjaden y Thoennes, 2000). Dentro de este rango, el 52% de las mujeres afirman haber sido víctimas de VCP en algún momento de sus vidas (Taft, Resick, Watkins y Panuzio, 2009), de las cuales más del 90% han experimentado algún episodio violento en el último año (Lawrence, Yoon, Langer y Ro, 2009). Parece que los datos se mantienen bastante estables en el tiempo,

mostrando invariablemente índices preocupantes, ya un informe anterior sobre la población mundial de Naciones Unidas (Varela, 2002) exponía que 1 de cada 3 mujeres en el mundo había padecido VCP. Debe reseñarse a su vez la enorme disparidad en los datos, que aún manteniéndose en rangos similares éstos son muy amplios, lo que parece indicar diferencias importantes entre las distintas sociedades.

En relación a la prevalencia por continentes, es más alta en Asia Sudoriental (37.7%), Mediterráneo Oriental (37%) y África (36.6%), respecto a América (29.8%), Europa (25.4%) y el Pacífico Oeste (24.6%) según el último informe de la OMS (WHO, 2013a). En la Unión Europea, el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS (Krug et al., 2002) señala que la tasa de prevalencia de la VCP, aunque referida únicamente al maltrato físico y sexual, se sitúa entre el 14% y el 58%, con una incidencia referida a la VCP el año anterior de entre un 6% y un 12%. En Estados Unidos, aproximadamente 1 de cada 4 mujeres informa de una historia de VCP (Breiding et al., 2008), con prevalencias superiores al 30% de violencia sexual (Akar, Aksakal, Demirel, Durukan y Özhan, 2010).

Teniendo en cuenta la tipología de la violencia, el estudio multipaís de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2005) sobre salud de la mujer y violencia doméstica detectó que la prevalencia vital respecto al maltrato físico oscilaba entre 13% y 61%; respecto a la violencia sexual entre 6% y 59%; y en la violencia psicológica entre 20% y 75%. Un metaanálisis realizado a partir de diferentes investigaciones europeas (Löbmann, Greve, Wetzels y Bosold, 2003) revela que la violencia psicológica es la de mayor tasa de prevalencia (22.3%) frente al abuso físico por parte de la pareja (6.1%), el acoso o asedio (3.9%) y el acoso sexual (3.4%).

Otro de los índices de prevalencia de la VCP es el proporcionado por el número de feminicidios. El III Informe Internacional de violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja realizado por el Centro Reina Sofía (2010) indica que la prevalencia media de feminicidios generales en los países objeto de estudio es de 19.14 por millón de mujeres. Respecto a los feminicidios de pareja la media de muertes es de 5.04 por millón de mujeres mayores de 14 años. La prevalencia, por continentes, es mayor en América (8.15 por millón), frente a Oceanía (4.23 por millón) y Europa (3.94 por millón). La tabla 1.4 recoge los feminicidios de pareja tanto en cifras absolutas (incidencia) como en cifras relativas (prevalencia por millón de mujeres mayores de 14 años).

Tabla 1.4. Femicidios de pareja (Centro Reina Sofía, 2010)

Fuente	País	Incidencia	Prevalencia (por millón)
América			
Homicide Survey. Canadian Centre for Justice Statistics. Statistics Canada	Canadá	67	4.89
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; Observatorio de Convivencia y Seguridad Ciudadana	Colombia	101	6.52
Sección de Estadística. Poder Judicial de Costa Rica	Costa Rica	13	7.91
Bureau of Justice Statistics. U.S. Department of Justice	EEUU	1010	8.36
Centro de Derechos de Mujeres	Honduras	19	9.14
Comisaría de la mujer. Policía Nacional	Nicaragua	11	6.39
Policía Técnica Judicial Panamá	Panamá	9	7.87
Departamento de Estadística de la Policía Técnica Judicial Paraguay	Paraguay	13	8.20
Policía de Puerto Rico. Unidades Especializadas de Violencia Doméstica, Delitos Sexuales y Maltrato a Menores	Puerto Rico	23	14.10
Europa			
Policia d'Andorra	Andorra	0	0
Federal Ministry of the Interior. Criminal Intelligence Service	Austria	34	9.40
National Police Service Directorate	Bulgaria	1	0.29
Cyprus Police Headquarters	Chipre	4	12.37
NCB Interpol Zagreb. International Police Cooperation Department. Ministry of the Interior	Croacia	14	7.14
Communities and Justice Directorate. Scottish Government	Escocia	6	2.69
Prezídium Policajného Zboru	Eslovaquia	6	2.56
Policija	Eslovenia	3	3.39
Secretaría de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior	España	54	2.81
Criminal Policy Department. Ministry of Justice	Estonia	4	6.38
National Research Institute of Legal Policy (Ministry of Justice)	Finlandia	21	9.35
Ministère de l'Intérieur	Francia	135	5.22
Centraal Bureau voor de Statistiek	Holanda	11	1.62
Ministry of Justice and Law Enforcement	Hungría	27	5.95
Home Office Statistics	Inglaterra/Gales	87	4.20
Department of Justice, Equality y Law Reform	Irlanda	10	0.59
Ríkislögreglustjórn	Islandia	0	0
Ministerio Dell'Interno. Segreteria del Dipartimento della Pubblica Sicurezza. Ufficio Relazioni Esterne e Ceremoniale	Italia	95	3.66
Landespolizei	Liechtenstein	0	0
Police Grand-Duché de Luxembourg	Luxemburgo	1	5.09
Malta Police General Headquarters	Malta	0	0
Centre de Presse. Ministère d'État	Mónaco	0	0
National Criminal Investigation Service. Tactical Investigation Division. Politiet	Noruega	7	3.67
Agregado del Interior de la Embajada de España en Praga	República Checa	37	8.15
Oceanía			
Australian Institute of Criminology	Australia	21	2.58
Police National Headquarters	NuevaZelanda	10	5.87

1.2.2. Estimación de la prevalencia de la violencia contra la pareja en España

La prevalencia de la VCP en España es estimada de forma directa, a partir de macroencuestas de ámbito nacional y estudios específicos, o indirecta, por el número de denuncias registradas y muertes como consecuencia de este problema.

Las **macroencuestas** nacionales muestran un panorama de cifras constantes en la prevalencia de la VCP en la última década en nuestro país. Así, el Instituto de la Mujer (1999, 2002, 2006) obtiene resultados que van desde el 5.1% en 1999 al 6.2% en 2002 y a un 6.3% en 2006. Recientemente, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2012) ha realizado una nueva macroencuesta de violencia de género en el 2011, con resultados indican que el 10.9% de las mujeres entrevistadas han sido víctimas de VCP alguna vez en su vida.

Estudios específicos cifran la VCP en España entre el 20% y el 48% de prevalencia a lo largo de la vida (Fontanil et al. 2005; García Torrecillas, Torio y Lea, 2008; Ruiz-Pérez et al., 2006, 2009) e indican que entre el 6.2% (Fontanil et al. 2005) y el 15% (Ruiz-Pérez et al., 2009) ha sufrido violencia en el último año. Estudios con muestras comunitarias (p.ej. los realizados por Medina-Ariza y Barberet, 2003, o por Calvete, Corral y Estévez, 2007) indican la prevalencia según la tipología de la violencia. La tabla 1.5 (extraída de Andrés-Pueyo, 2009) muestra los datos según diferentes indicadores obtenidos por medio de las subescalas de la CTS-R (Conflict Tactics Scale de Strauss adaptada al español, CTS-R).

Tabla 1.5. Prevalencia (en porcentajes) de la violencia de pareja en España según los estudios de Medina-Ariza (2003) y Calvete et al. (2007)

Tipo de violencia*	Medina y Barberet (2003)	Calvete <i>et al.</i> (2007)	Diferencia (%)
Psicológica	42.52	71	+28.48
Psicológica grave	15.21	23.6	+8.39
Física	8.05	16.2	+8.15
Física grave	4.89	6.6	+1.71
Sexual	11.48	29.4	+17.92
Sexual grave	4.7	2.8	-1.9
Lesiones	5.76	3.8	-1.96
Lesiones graves	2.23	1.6	-.063

*Los distintos tipos de violencia de pareja corresponden a las subescalas del CTS-R de Strauss.

Un análisis general de los datos parece indicar que la prevalencia ha aumentado en el intervalo temporal estudiado (los datos de prevalencia del estudio de Medina-Ariza y Barberet corresponden al año 1999 y los de Calvete et al., 2006) en las modalidades de violencia psicológica leve y grave, la violencia física leve y grave y la violencia sexual leve; y disminuido la violencia sexual grave, las lesiones y las lesiones graves. Según Andrés-Pueyo (2009) estos datos muestran dos fenómenos distintos acerca de la evolución de la VCP y que pueden ser paradójicos. En cuanto a los datos de las escalas que aumentan, considera que éste es aparente y que indica una mayor sensibilidad para identificar y calificar mejor ciertos sucesos cotidianos como violentos (efecto positivo derivado de la

intervención social para combatir este problema, como han sido, por ejemplo, las nuevas leyes contra la violencia contra las mujeres y los recursos de protección de las mismas) y también mayores facilidades en la exposición, denuncia de los mismos y las mayores garantías de seguridad de las víctimas. En los casos que disminuye la prevalencia, esto es, violencia sexual grave, lesiones y lesiones graves, hace alusión a tres razones: a) este tipo de sucesos es menos susceptible de pasar desapercibido (por la necesidad de intervención sanitaria y/o policial), b) se acercan a los valores de la Macroencuesta sobre Violencia contra las Mujeres del Instituto de la Mujer (Instituto de la Mujer, 2006), en el indicador “maltrato declarado”, que también muestra un descenso en las tres encuestas de 1999, 2002 y 2006; y por último, c) coincide con la tendencia al descenso de la VCP grave (asesinatos y violencia física grave) que se manifiesta en países de nuestro entorno sociocultural en los que se han tomado medidas explícitas y generales de lucha contra la VCP (Catalano, 2006).

A tenor de los resultados de estos estudios, puede considerarse que las magnitudes epidemiológicas de la VCP en España son similares, quizás algo menores, a las de otros países de condiciones socioeconómicas y culturales análogas (Medina-Ariza y Barberet, 2003) y que parece constatarse un descenso de la violencia más grave (Andrés-Pueyo, 2009).

Indirectamente, la prevalencia de la VCP puede estudiarse teniendo en cuenta el número de **denuncias**. La tabla 1.6 incluye el número de denuncias presentadas en los Cuerpos de Seguridad del Estado desde el año 2000. La tendencia inicial de los datos de crecimiento hasta el 2009, se estabiliza y parece que se invierte a partir de 2012. El incremento temporal en el número de denuncias parecía reflejar, más que un incremento en la VCP, una mayor concienciación del problema, la mayor facilidad para denunciar y una mayor seguridad para las víctimas que denuncian. Sin embargo, Medina (2002) ya señalaba que no hay evidencia que soporte que las estadísticas oficiales se ajusten a la realidad, indicando que este aumento del número de denuncias también podría ser debido a un aumento real de la VCP en España durante los últimos años, como reacción al progreso de la situación social de la mujer y a la ruptura de los privilegios de poder masculino.

Tabla 1.6. Número de denuncias anual por violencia contra la pareja en España (Instituto de la Mujer, datos hasta 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de 2007 a 2013)

Año	Denuncias
2000	22.397
2001	24.158
2002	47.165
2003	56.484
2004	67.171
2005	72.098
2006	80.751
2007	126.293
2008	142.125
2009	135.540
2010	134.105
2011	134.002
2012	128.477
2013	60.981 (enero a junio 2013)

Nota: Hasta 2002 se recogían denuncias contra el cónyuge o análogo legal, de 2003 en adelante indica denuncias a pareja y ex pareja (sea cónyuge o análogo legal, compañero o novio), a partir de 2004 las estadísticas oficiales recogen las modificaciones legislativas considerando delitos lo que algunas infracciones eran previamente faltas. Hasta 2006 los datos proporcionados por el Instituto de la Mujer no incluyen las denuncias presentadas en servicios de fuerza de seguridad o policía autónoma.

Otro índice de estimación indirecta es el número de muertes de mujeres a mano de su pareja o **feminicidios**. Aunque hay controversia sobre este número de víctimas, los datos siempre serán una infrarepresentación, pues sólo se consideran aquellos casos en los que está comprobado que la muerte ha sido a consecuencia de la agresión de la pareja, no aquellos casos subjudice, los no comprobados o los casos de suicidio facilitado o provocado por esta situación. Por ejemplo, Lorente (2001) ya indica que entre un 20% y un 40% de las mujeres que se suicidan cada año ha sufrido VCP. La tabla 1.7 presenta las cifras de feminicidios desde 2002 a la actualidad.

Tabla 1.7. Número de mujeres muertas a consecuencia de la violencia contra la pareja en España (Instituto de la Mujer, datos hasta 2002; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, datos de 2003 a 2013)

Año	Muertes
2000	63
2001	50
2002	54
2003	71
2004	72
2005	57
2006	69
2007	71
2008	76
2009	56
2010	73
2011	61
2012	52
2013	43 (a 6 de noviembre de 2013)

España, según el III Informe Internacional sobre VCP del Centro Reina Sofía (2010), España ocupa uno de los lugares más bajos en el ranking internacional sobre violencia en general y sobre violencia contra la mujer en particular. Aún así, la prevalencia de los feminicidios de pareja aumentó un 15.16% en nuestro país según este estudio entre los años 2000 y 2006. Sin embargo, si estudiamos la tendencia de 2006 al 2012, años no incluidos en el informe referido, la tendencia se invierte. Según el informe anteriormente señalado, estos datos nos obligan a cuestionar hipótesis como que los feminicidios se explican únicamente a partir de la asunción de estereotipos rígidos de masculinidad y feminidad, la eficacia de la educación no sexista y a cuestionar la dualidad ideología política-ciencia.

1.2.3. Resumen

La complejidad para establecer la incidencia real de la VCP no parece estar resuelta. Los datos que aportan diferentes organismos, estudios de prevalencia o investigaciones no solo no parecen solventar esta cuestión, es más, la gran heterogeneidad en el tipo de instrumentos utilizados, muestras, periodos, definiciones, metodología, etc. interfieren en la calidad y comparabilidad de las estadísticas y además proporcionan una gran variabilidad en los datos. Por otro lado, factores sociales y comunitarios, como la ocultación o los obstáculos jurídicos y la tolerancia de la violencia, no ayudan a esclarecer la realidad de éste fenómeno.

A pesar de ello, algunos de los datos más fiables provenientes de organismos oficiales nacionales e internacionales, coinciden en que se trata de un problema de gran relevancia social y proporciones epidémicas. La OMS (WHO, 2013a) señala que el 30% de las mujeres de la población mundial sufren violencia en el contexto de la pareja. La ONU Mujeres (2011a) indica que hasta 6 de cada 10 mujeres en el mundo sufren violencia física o sexual a lo largo de su vida. En España el 10.9% de las mujeres indican haber estado expuestas a violencia de género (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2012). El índice más extremo lo proporciona el III Informe Internacional sobre VCP (Centro Reina Sofía, 2010) con los resultados de las muertes de mujeres a nivel mundial, indicando que la prevalencia media de feminicidios generales es de 19,14 por millón de mujeres y de feminicidios de pareja de 5,04 por millón de mujeres mayores de 14 años. España se sitúa por debajo de la media, 2,81 por millón. Con una situación actual

de elevado número de denuncias y cifras siempre alarmantes en cuanto al número de feminicidios, se justifica la necesidad de mantener los esfuerzos para erradicar la VCP.

Diversas investigaciones realizadas con muestras de población general han demostrado que la prevalencia de la VCP es mayor entre las parejas jóvenes, miembros de minorías raciales o étnicas, y parejas con indicadores de menor estatus socioeconómico, desempleo, menor educación y los niveles de ingreso (Cunradi, 2007; Fox, Belson, Demaris y Van Wyk, 2002; Hampton y Gelles, 1994; Sorenson, Upchurch y Shen, 1996).

1.3. Factores y Modelos Explicativos en la Violencia contra la Pareja

1.3.1. Factores de riesgo y condicionantes de la Violencia contra la Pareja

Los factores de riesgo, entendidos como características asociadas con una mayor probabilidad de que un problema de conducta se vaya a producir, no indican necesariamente que exista una relación causal, sino que las probabilidades de que se produzca el suceso asociado son mayores cuando uno o más de éstos marcadores están presentes (Stith, Smith, Penn, Ward y Tritt, 2004). A pesar de que se han encontrado numerosos factores de riesgo asociados con la VCP, los resultados son a menudo contradictorios, lo que hace difícil condensar la información entorno a un conocimiento general sobre el tema. En general se suele diferenciar entre factores individuales o personales (distinguiendo la perpetración de la victimización) y relacionales (principalmente referidos a la pareja y al contexto-familia, sociedad y cultura). Algunos autores proponen modelos de los factores de riesgo en dos grandes sistemas: los factores de riesgo proximales y los distales (Riggs et al., 2009; Walker et al., 2009a), en los que incluyen los anteriormente citados, esto es, los personales y de relación de pareja como proximales y los familiares y sociales como distales. La literatura científica incorpora los factores de riesgo tanto desde la evidencia empírica como desde un enfoque de análisis racional o interpretativo del fenómeno que puede partir de diferentes disciplinas, como la psicología o sociología. En todo caso, en los últimos años se ha pasado de explicaciones simplistas o unicasales a modelos multifactoriales que ofrecen explicaciones más complejas de la etiología de este problema. La tabla 1.8 resume los principales factores de

riesgo asociados a la VCP derivados de los principales metaanálisis y/o revisiones sistemáticas.

1.3.1.1. Factores asociados a la victimización

La detección de factores de riesgo asociados a la victimización en VCP es limitada, probablemente debido a un reducido número de estudios longitudinales, mayor desconocimiento del proceso de victimización o características de las víctimas y mayor interés en la manifestación de la violencia y sus perpetradores. A pesar de la escasez de estudios en ésta dirección, se observan coincidencias en relación a los factores más significativos.

Las primeras revisiones en esta dirección (p.ej. Riggs et al., 2000) señalan que la experiencia previa de VCP o haber sido testigos de violencia en la familia de origen, el abuso de sustancias, la psicopatología y la percepción de peligro se consideraban factores de riesgo de victimización. Otras variables como el embarazo emergen como importantes pero sin valor predictivo estadístico. Schumacher, Slep y Heyman (2001) ponen de manifiesto la complejidad en la comprensión de las causas y correlaciones de la VCP, obteniendo un total de 30 variables importantes. No obstante, emergen como factores de riesgo con tamaños del efecto moderado, un bajo nivel educativo, situación de desempleo e historia de victimización emocional/verbal en la infancia. Posteriormente, Stith et al. (2004) realizan un metaanálisis en el que detectan que la violencia por parte de la mujer hacia sus parejas es un factor de riesgo robusto para la victimización, explican que puede deberse al efecto de la provocación o la autodefensa. Obtienen a su vez un tamaño del efecto moderado para la victimización por violencia física y la depresión y miedo a futuros episodios violentos. En relación a éstos dos últimos factores, indican que probablemente no son causa de la VCP, sino consecuencia. El resto de variables estudiadas no aportan valor predictivo, excluyéndose algunos factores ya indicados por otros estudios, como el bajo nivel educativo o desempleo (Schumacher et al., 2001), consumo de alcohol o sustancias por parte de la mujer (Holder, Robinson y Rose, 2009) y antecedentes de victimización en la infancia (Briere y Scott, 2006; Harvey, García-Moreno y Butchard, 2007; Riggs et al., 2000, 2009; Schumacher et al., 2001). No obstante, más recientemente, Capaldi et al. (2012) en otra revisión sistemática consideran que la exposición a la violencia en la infancia, tanto directa como indirecta, sí puede considerarse un factor de riesgo, aunque con baja a moderada correlación.

Parece por tanto que existe coincidencia entre los estudios referidos en algunos factores de victimización a la VCP, entre los que destacan, factores asociados a la psicopatología (Riggs et al., 2000), en concreto la depresión (Stith et al., 2004), historia de violencia infantil (Capaldi et al., 2012; Riggs et al., 2000, 2009; Schumacher et al., 2001) y el miedo a la violencia futura (Riggs et al., 2000; Stith et al., 2004).

El TEPT, al igual que se ha descrito para la depresión, puede convertirse en un factor de riesgo para futuras victimizaciones en relación a la VCP (Foa, Cascardi, Zoellner y Feeny, 2000a). Aunque esta propuesta recibió cierto apoyo empírico (p. ej., Krause, Kaltman, Goodman y Dutton, 2006), una revisión sistemática reciente de estudios prospectivos sobre los factores de riesgo relacionados con la revictimización en víctimas de VCP concluye que el papel del TEPT en la explicación del riesgo de revictimización necesita conclusiones más definitivas para este tipo de víctimas (Kuijpers, Van der Knaap y Lodewijks, 2011). Por otra parte, no está claro qué mecanismos podrían explicar la relación entre el TEPT y la revictimización en las víctimas de VCP (Kuijpers, van der Knaap y Winkel, 2012). En el estudio del papel del TEPT en la explicación del riesgo de revictimización se ha sugerido que es importante considerar el papel individual de cada grupo de síntomas del cuadro, así, Krause et al. (2006) demostraron que los síntomas de de embotamiento emocional aumentan el riesgo de revictimización de VCP, mientras que los síntomas de evitación lo disminuyen. Concluyen además, que la reexperimentación y la hiperactivación no guardan relación con la VCP en el futuro. Kuijpers et al. (2012) estudian de forma prospectiva la influencia de cada factor en el riesgo de revictimización de VCP y revelan que los síntomas de reexperimentación predicen revictimización para la violencia física y psicológica, mientras que el resto (evitación, hiperactivación y embotamiento emocional) no estarían relacionados. Estos resultados no apoyan la conclusión de Krause et al. (2006), contradicciones probablemente explicadas por las diferencias entre las muestras de estudio (en este estudio utilizan una muestra judicial y no clínica). Además, sugieren que la reexperimentación de incidentes previos aumenta la frustración y emociones negativas en las víctimas, lo que las conduce a ser violentas psicológicamente con sus parejas, aumentando de este modo el riesgo de revictimización por VCP, consolidando un ciclo continuo de violencia y justificando la fuerte relación entre los síntomas de reexperimentación del TEPT y la experiencia real de un incidente de victimización de VCP en estas víctimas. Investigaciones anteriores ya han sugerido que los

síntomas de reexperimentación pueden predecir la exposición a violencia interpersonal (Cougle, Resnick y Kilpatrick, 2009).

Por último y en relación al miedo a la violencia futura como factor predictivo de la VCP, Harding y Helweg-Larsen (2009) observan que las mujeres que han experimentado episodios de violencia graves en el último año (con intervención policial o institucional y/o abandono del hogar y/o con coerción sexual severa y frecuente) tienen una mayor percepción del riesgo que aquellas que no han estado expuestas a la violencia sexual, no han abandonado a la pareja o no han necesitado intervención. Cattaneo, Bell, Goodman y Dutton (2007) evalúan la precisión en la predicción de la víctima de nuevos episodios de abuso dentro de la relación de pareja, observando que las evaluaciones de las víctimas tenían más probabilidades de ser correctas que incorrectas, y estaban sujetos a un sesgo ni pesimista ni optimista. Un estudio posterior (Bell, Cattaneo, Goodman y Dutton, 2008) evalúa el grado de acierto de las predicciones de riesgo en relación al futuro abuso psicológico proporcionando una nueva evidencia que sugiere que las mujeres maltratadas tienen más probabilidades de realizar correctas evaluaciones de probabilidad de revictimización. Teniendo en cuenta que el miedo a la repetición de la violencia es uno de los factores de riesgo de victimización de la VCP considerado más relevante, estos hallazgos resultan de gran utilidad para la intervención profesional en las evaluaciones de riesgo y propuestas de prevención, protección e intervención.

1.3.1.2. Factores asociados a la perpetración

Se han descrito numerosos factores de riesgo asociados a la perpetración de la VCP (una síntesis de los resultados puede verse en la tabla 1.8). Las primeras revisiones sistemáticas (Riggs et al., 2000) sugieren que algunas características demográficas (como la edad, estatus socioeconómico, el desempleo, etc.), los antecedentes de relación de violencia previa, ciertas características psicológicas (como la ira, los celos, las actitudes hacia violencia, etc.), la psicopatología, y el hecho de haber experimentado o presenciado violencia en la familia de origen, son todos marcadores potencialmente importantes de riesgo para la perpetración. Schumacher et al. (2001) obtienen tamaños del efectos de moderado a fuerte en varios factores que apuntan a características más específicas del perpetrador, como los elevados niveles ira y hostilidad, actitudes de tolerancia hacia la agresión y diferentes patologías, en particular la depresión, el alcohol y el abuso de drogas, estando estos factores de riesgo asociados específicamente a la

agresión física. Del mismo modo, en el metaanálisis de Stith et al. (2004) obtienen grandes tamaños del efecto entre la perpetración de abusos físicos y cinco factores de riesgo: abuso emocional, relaciones sexuales forzadas, uso de drogas ilícitas y actitudes permisivas hacia la VCP. Indican a su vez tamaños del efecto moderado para seis factores de riesgo, estos son: ideología tradicional basada en el rol sexual, ira/hostilidad, historia previa de maltrato de pareja, consumo de alcohol, depresión y estrés profesional/vital. Foran y O'Leary (2008) en un metaanálisis más actual obtienen valores similares para la asociación entre el consumo de alcohol y la agresión hacia la pareja. Capaldi et al. (2012) en su revisión sistemática incorporan la mayoría de los factores que hasta esta fecha se veían consolidados como variables de alto valor predictivo (ver tabla 1.8), obteniendo sin embargo algunas diferencias. Comprueban por ejemplo que el abuso de alcohol presenta una correlación baja con la perpetración del abuso, estando en cualquier caso más asociado a la violencia de la mujer hacia el hombre que en la dirección contraria. En la misma dirección, los síntomas depresivos se asocian de forma débil, mientras que los trastornos de personalidad o comportamientos antisociales se muestran más consistentes.

En relación a esta última variable, históricamente la investigación se ha centrado en el papel de la patología de la personalidad en la agresión hacia la pareja (Hamberger y Hastings, 1986), basándose especialmente en características de personalidad como las antisociales o psicopáticas y rasgos borderline (Mauricio, Tein y Lopez, 2007; South, Turkheimer y Oltmanns, 2008). Porcerelli, Cogan y Hibbard (2004) demostraron que los hombres violentos en la pareja evidencian más características antisociales ($d=1.10$) y desregulación emocional ($d=0.67$) en comparación con un grupo no violento. No obstante, a pesar de que se han propuesto algunos modelos para explicar la asociación entre la personalidad y la agresión (O'Leary, O'Leary, Tintle, Bronet y Gluzman, 2008; O'Leary, Slep y O'Leary, 2007), otros estudios sugieren que el papel de la personalidad en el modelo es poco claro (Tweed y Dutton, 1998; Waltz, Babcock, Jacobson y Gottman, 2000).

Parece pues que el abuso de tóxicos/drogas (Capaldi et al., 2012; Schumacher et al., 2001; Stith et al., 2004), la psicopatología (Capaldi et al., 2012; Riggs et al., 2000; Schumacher et al., 2001; Stith et al., 2004), con manifestaciones como la ira, trastornos de personalidad o comportamientos antisociales, depresión, abuso de alcohol y las

actitudes hacia la violencia pueden proporcionar bastantes pistas acerca del fenómeno de la VCP.

A pesar de lo expuesto, estamos aún bastante lejos de poder predecir quién o en qué momento se puede producir un episodio de violencia, ya que la variedad y simultaneidad con que se dan los factores de riesgo hacen que sea fácil incurrir en un error clínico. Han proliferado en los últimos años numerosos estudios que intentan mejorar los pronósticos de violencia. En esta dirección, algunos autores (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010) indican que la predicción del riesgo está en función de la peligrosidad del agresor y de la vulnerabilidad de las víctimas, ambas en el marco de un contexto situacional específico. Para valorar el riesgo no necesitamos averiguar las causas de la violencia, sino los factores de riesgo asociados a ella. El paso siguiente es gestionar el riesgo que se refiere a la adopción de medidas de seguridad y de protección a la víctima en función de la valoración del riesgo (Andrés-Pueyo, 2009).

1.3.1.3. Factores asociados a la relación de pareja/relacionales

La oportunidad de contacto entre el agresor y la víctima parece ocupar un lugar importante del estudio de la VCP, ya que algunos autores revelan que cuando la pareja convive, la prevalencia de la violencia es mayor (Moffitt y Caspi, 1999) y se incrementa el riesgo de que se produzcan episodios violentos (Brownridge, 2004), aunque algunos estudios (Capaldi et al., 2012) observan que las parejas en fase de noviazgo correlacionan con mayor riesgo que las parejas casadas. Mele (2009) por su parte, sugiere que la convivencia con el agresor supone mayor riesgo de revictimización a corto plazo, sin que por sí misma pueda explicar la cronología completa de la repetición de la violencia en las relaciones de pareja. Riggs et al. (2000) a su vez, también comprueban que la separación es una variable importante asociada a la VCP aunque sin valor predictivo de ocurrencia de VCP, considerándose a las mujeres separadas más vulnerables (Capaldi et al., 2012).

De manera más específica, el alto nivel de conflicto en la pareja ha sido vinculados con la predicción de la ocurrencia de episodios de VCP (Capaldi et al., 2012; Marshall, Jones y Feinberg, 2011; Riggs et al., 2000), conflicto que a su vez se ha asociado previamente con variables de vulnerabilidad individual, como es la depresión, hostilidad y atribuciones negativas a la relación de pareja (Marshall et al., 2011).

La satisfacción con la relación ha sido una variable a la que se ha prestado atención en últimos años y sobre la que han descrito una fuerte asociación con la VCP (Capaldi et al., 2012; Riggs et al., 2000; Stith et al., 2008; Stith et al., 2004). Un reciente metaanálisis encontró un tamaño del efecto moderado para la asociación entre la agresión física y la satisfacción con la relación (Stith et al., 2008). Aunque no queda claro cuál es la variable la predictora, algunos hallazgos sugieren que la calidad de la relación pobre es un factor de riesgo para la perpetración de la violencia psicológica, que a su vez supone un riesgo para la violencia física (Gavazzi, McKenry, Jacobson, Julian y Lohman, 2000; O'Leary, Malone y Tyree, 1994; Stuart y Holtzworth-Munroe, 2005).

1.3.1.4. Otros factores

Factores familiares: el autoritarismo, las interacciones caracterizadas por una estructura de poder vertical en la que el hombre ejerce el poder sobre la mujer y todos los miembros de la familia, la fuerte adhesión a los estereotipos de género y el reparto injusto de las responsabilidades familiares, son entre otros, los factores familiares asociados con la VCP hacia la mujer (Centro Reina Sofía, 2010).

Factores socio-culturales, contextuales o comunitarios: diversos factores emergen como probables predictores de VCP en el entorno, entre los que destacan la percepción de cohesión social, el propio control social, la residencia en barrios conflictivos o desfavorecidos, la calidad del apoyo vecinal, la seguridad escolar percibida, la cohesión en el entorno escolar, vinculación al mismo y recursos de la escuela entre otros (Capaldi et al., 2012). Por otro lado, dentro del lo contextual, se han detectado algunos factores asociados a la victimización, así, la carencia de apoyo social o aislamiento social (Centro Reina Sofía, 2010; Dutton y Goodman, 2005) y el escaso apoyo institucional (Centro Reina Sofía, 2010) son factores de riesgo que pueden propiciar el maltrato y que a su vez se convierten en mantenedores del mismo. A su vez, los factores asociados a los agresores se relacionan con el plano más cultural o ideológico dentro del contexto, de manera que se plantea que la cultura patriarcal es el principal factor que fomenta la desigualdad de sexos, influye en las instituciones (educativas, judiciales, laborales, etc.) que reproducen modelos de relación de poder vertical, autoritario y sexista y en un ambiente social que reduce la importancia o justifica el comportamiento violento en general o la VCP en particular como asunto íntimo (Centro Reina Sofía, 2010).

Tabla 1.8. Resumen de Factores de Riesgo asociados a la violencia contra la pareja

Estudios (Metaanálisis/ Revisiones sistemáticas)	Factores de riesgo		
	Victimización	Perpetración	Relación
Riggs et al. (2000)	Experiencia previa de violencia o haber sido testigo en la infancia de violencia familiar Abuso de sustancias Psicopatología Percepción de peligro	Características socioeconómicas: edad, estatus socioeconómico y desempleo Antecedentes de relaciones violentas previas Antecedentes de violencia en la familia de origen (testigo directo/indirecto) Características psicológicas: ira, celos, actitudes hacia la violencia Psicopatología	Nivel de satisfacción marital
Schumacher et al. (2001)	Asociación moderada: Bajo nivel educativo Desempleo Historia de victimización emocional/verbal en la infancia	Asociación moderada a fuerte: Niveles elevados de estado/rasgo de ira y hostilidad Actitudes de tolerancia a la agresión Psicopatología: depresión, abuso de sustancias tóxicas, abuso de alcohol	
Stith et al. (2004)	Asociación fuerte: Violencia de la mujer hacia la pareja Asociación moderada: Percepción de peligro o miedo a futuros episodios violentos Depresión	Asociación fuerte: Abuso emocional Relaciones sexuales forzadas Uso de drogas Actitudes permisivas hacia la violencia Asociación moderada: Ideología tradicional basada en el rol sexual Ira/hostilidad Historia previa de maltrato de pareja Consumo de alcohol Depresión Estrés profesional/vital	Asociación fuerte: Nivel de satisfacción marital
Foran y O'Leary (2008)		Asociación moderada: Consumo de alcohol	
Stith et al. (2008)			Asociación moderada: Nivel de satisfacción con la relación
Capaldi et al. (2012)	Asociación baja a moderada: Exposición directa y/o indirecta a violencia/abuso en la infancia Síntomas depresivos (asociación más fuerte en mujeres)	Asociación fuerte: Consumo de tóxicos/drogas Trastorno personalidad y/o conductas antisociales Asociación baja a moderada: Exposición directa/indirecta a violencia/abuso en la infancia Síntomas depresivos (asociación más fuerte en mujeres) Consumo de alcohol (mayor predictor de violencia de mujeres hacia hombres) Características socioeconómicas: Edad temprana, Desempleo, Bajos ingresos, Pertenencia a grupos minoritarios Estrés (aculturación/financiero/laboral)	Asociación fuerte: Alto nivel de conflicto Asociación moderada: Baja satisfacción con la relación

1.3.1.5. Factores de protección

Una línea de investigación menos explorada es la relativa a la detección de los factores de protección frente a la VCP. La revisión de Capaldi et al. (2012) destaca el soporte social y la edad avanzada como variables con alto poder predictivo en esta dirección. Emergen otras variables, de carácter familiar, como la participación positiva de los progenitores en la vida del adolescente (entendida como vigilancia y apoyo) y la estimulación de la conducta no violenta como predictores de bajo a moderado en la protección en relación a la violencia en el noviazgo.

1.3.2. Modelos explicativos

Desde los primeros modelos explicativos de la VCP, unidireccionales y de corte reduccionista, hasta los modelos multidimensionales actuales, se ha evolucionado en el intento de proporcionar una explicación coherente, exhaustiva e integral en relación al fenómeno de la violencia en las relaciones íntimas. Ha resultado necesario integrar diversas perspectivas teóricas (biológica, social, cultural, psicológica y ecológica) que a su vez tengan en cuenta factores personales, sociales y culturales (Foa et al., 2000a; Heise, 1998; Obasajun, Palin, Jacobs, Andreson y Kaslow, 2009) para poder dar respuesta a la etiología múltiple y compleja de la VCP.

Desde una perspectiva unidireccional, el “poder” ha sido considerado como el elemento clave en la **etiología** de la VCP (Bell y Naugle, 2008; Vescio, Schlenker y Lenex, 2010), a partir del cual se han desarrollado teorías como la Teoría de la Dominancia Social (Sidanius y Pratto, 1999), Modelo del Poder basado en el Género (Pratto y Walker, 2004), Teoría de los Recursos (Goode, 1971), Teoría del Poder (Keltner, Gruenfeld y Anderson, 2003), Teoría de los Recursos Relativos (McMillan y Gartner, 1999) y Teoría de la Dependencia Marital (Dobash y Dobash, 1979; Kalmus y Straus, 1982) entre otras. Centrar la mirada en el poder dirige hacia la perspectiva de género en la explicación de la VCP, situando este fenómeno en el contexto de la cultura patriarcal (Cantera, 2007), estructura social que favorece que los hombres agredan a las mujeres (Walker, 2004), permitiendo mantener una superioridad masculina (Turintetto y Vicente, 2008). Esta superioridad o diferencia de poder entre los géneros en las parejas se fundamenta en cuatro bases: el control de los recursos, la amenaza o uso de la fuerza, la asimetría en la distribución de las obligaciones/responsabilidades sociales y la ideología sexista (Pratto y Walker, 2004).

En esta dirección, numerosas investigaciones han puesto de manifiesto la relación entre la perspectiva de género y la VCP (p.ej., Durán, Moya, Megías y Viki, 2010; Glick, Sakalli-Ugurlu, Ferreira y Souza, 2002; Megías y Montañés, 2012; Nayak, Byrne, Martin y Abraham, 2003), aunque algunos otros modelos, como el ecológico, indican que aunque el poder es un factor reconocido en la explicación de la VCP, su influencia queda integrada en la interrelación con otros factores individuales, familiares y comunitarios (Heise, 1998). Otros autores rechazan la perspectiva de género tradicional y apuestan por la Hipótesis de la Asimetría Moderada, enfoque que se apoya en los datos sobre el fenómeno y conocimiento científico acerca de los patrones de comportamiento de género (Hamby, 2009). En este sentido, Marshall et al. (2011) indican algunas diferencias en la simetría de género en relación al patrón de perpetración de VCP, confirmando que éste está vinculado a la naturaleza individual en el hombre (hostilidad) frente a la naturaleza diádica en la mujer (conflicto de pareja).

También en relación al origen de la VCP otros modelos han tratado de abordar los mecanismos responsables del inicio de la violencia, destacando el modelo del Aprendizaje Social, con hipótesis relativas a la transmisión generacional de la violencia (p.ej. Bandura, 1993; Barnett, Miller-Perrin y Perrin, 1997; Briere, 1987; Dutton y Golant, 1997; Yanes y González, 2000) que sin embargo, no han logrado explicar la complejidad del fenómeno. Del mismo modo, los modelos psicológicos, como el Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica (Stith y Rosen, 1992) y Modelo de los Mecanismos Psicológicos de la Violencia en el Hogar (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998), no tienen en cuenta los elementos contextuales y los factores mantenedores vinculados al fenómeno a pesar de resultar más precisos en la consideración de los mecanismos psicológicos y otros factores individuales, familiares y sociales.

Diversos modelos han intentado dar respuesta al **mantenimiento** de la VCP, tanto desde una perspectiva social (p. ej. Dutton, 1992; Hoff, 1990; Mitchell y Hodson, 1986) como psicológica, destacando según esta última la Teoría de la Indefensión Aprendida (Seligman, 1975), Teoría del Ciclo de la Violencia (Walker, 1979, 2009), Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (Montero, 2001), Modelo del Laberinto Patriarcal (Bosch, Ferrer y Alzamora, 2006), Modelo de la Permanencia de la Víctima en la Relación Violenta (Foa et al., 2000a), Teoría de la Trampa Psicológica (Brockner y Rubin, 1985) y Teoría del Análisis de Costes y Beneficios (Pfouts, 1978), entre otras. La mayoría

de estos modelos ofrecen marcos teóricos más o menos sólidos y explicaciones sistematizadas sobre los factores implicados en el mantenimiento de la VCP, sin embargo, ninguno de ellos integra el resultado de la acción recíproca y compleja de la interrelación de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales produce.

El Modelo Ecológico ha evolucionado en esta dirección, y desde los primeros teóricos (p.ej. Belski, 1980; Bronfenbrenner, 1977, 1979; o Heise, 1998, entre otros) a la actualidad, se ha tratado de reconocer la multiplicidad de las causas del maltrato que opera en diferentes niveles de un modo simultáneo, independiente e interactivo (Flake, 2005). Esta perspectiva, la más institucionalmente aceptada por los organismos internacionales, como la OMS (2003), UNIFEM (2003) y la American Psychological Association (2002), permite entender el maltrato como un producto de la interacción entre factores individuales, del macrosistema, exosistema y microsistema (tomado de Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012). Así, de la historia personal tanto de la víctima como del agresor, la rigidez de los roles de género en la familia, la influencia del género en la historia de la persona, el uso de la violencia para la resolución de conflictos, el desarrollo del apego y haber estado expuesto/a directa o indirectamente a la violencia en la familia o infancia, se convierten en factores de riesgo (Turinetti y Vicente, 2008) aunque no sean requisito para la futura violencia (Heise, 1998). El desarrollo de cada sistema permite contextualizar la VCP en el modelo. Así, el microsistema es el contexto más inmediato a la persona y suele referirse al entorno familiar (Heise, 1998). Este estaría representado por los conflictos dentro de la pareja, que generalmente giran en torno a la división de las tareas y responsabilidades y otras como el consumo de tóxicos y/o aumento de la formación académica de la mujer (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012). El exosistema se relaciona con la violencia porque implica la respuesta a la misma de las redes sociales, instituciones, de la ley, la educación, los medios de comunicación, etc., es decir, de las estructuras formales e informales del entorno, que adolecen de efectividad con frecuencia y/o normalizan los modelos violentos (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012). Por último, el macrosistema representa los valores culturales e ideología, que en el caso de la VCP están representados por los mitos sobre la violencia y una cultura machista. Estas creencias influyen en el microsistema y exosistema permitiendo establecer un contexto permisivo, un mensaje cultural, e incluso la legitimación en el uso de la agresión por medio de los procesos de socialización (UNIFEM, 2003, tomado de Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012).

Un modelo que pretende dar respuesta al origen y curso de la VCP a partir de los factores de riesgo vinculados está recibiendo atención en los últimos años. Se trata de una perspectiva dinámica del desarrollo de los sistemas (Capaldi et al., 2005) en la que la agresión se conceptualiza como una interacción que es la respuesta del desarrollo de un conjunto de características y comportamientos por parte de la pareja, así como factores contextuales e influencias y procesos relacionales. Consideran la importancia de determinados factores de riesgo en base a: 1) las características contextuales y demográficas de ambos miembros de la pareja, 2) características y comportamientos de los componentes de la pareja como producto del desarrollo de la historia individual de cada uno de ellos incluyendo sus experiencias de socialización, y 3) relación de pareja y estilo de interacción.

1.3.3. Resumen

El estudio de los factores y modelos explicativos asociados a la VCP han sido objeto de prioridad en la investigación desde hace décadas. A pesar de los esfuerzos, la complejidad del problema no permite alcanzar un consenso acerca de la etiología y mantenimiento de la VCP. Sin embargo, hay evidencia empírica que sí aporta información sólida sobre el valor predictivo de determinados factores en relación a la VCP, ya sean éstos individuales, relacionales, familiares o comunitarios, lo que por sí mismo es un indicador del carácter multidimensional del fenómeno.

Factores de riesgo consistentes asociados a la victimización se asocian a la psicopatología (Riggs et al., 2000), como p.ej. depresión (Stith et al., 2004) o TEPT (Foa et al., 2000a); historia de violencia infantil (Capaldi et al., 2012; Riggs et al., 2000, 2009; Schumacher et al., 2001) y el miedo a la violencia futura (Riggs et al., 2000; Stith et al., 2004). Para la perpetración, el abuso de sustancias/drogas (Capaldi et al., 2012; Schumacher et al., 2001; Stith et al., 2004), la psicopatología (Capaldi et al., 2012; Riggs et al., 2000; Schumacher et al., 2001; Stith et al., 2004), con manifestaciones como la ira, trastornos de personalidad o comportamientos antisociales, depresión, abuso de alcohol y las actitudes hacia la violencia parecen ilustrar el universo de variables asociadas al agresor que ejerce la VCP. La baja satisfacción con la relación (Capaldi et al., 2012; Riggs et al., 2000; Stith et al., 2004, 2008) y el alto nivel de conflicto de la pareja (Capaldi et al., 2012; Marshall et al., 2011; Riggs et al., 2000), parecen poseer un elevado poder predictivo en

relación a la VCP, mientras que mantener un buen soporte social es un factor de protección indiscutible (Capaldi et al., 2012).

En relación a los modelos, el Modelo Ecológico, respaldado por organismos como la OMS (2003), UNIFEM (2003) y la American Psychological Association (2002), permite entender el maltrato como un producto de la interacción entre factores individuales, familiares, contextuales, sociales, culturales e institucionales, en el que cada sistema adopta parte explicativa de la magnitud del fenómeno. Aunque un enfoque multidimensional e interactivo permite un mayor entendimiento de la VCP y estrategias de prevención y/o intervención por niveles probablemente más integrales y acertados, sigue siendo difícil predecir la ocurrencia de episodios violentos y en consecuencia garantizar el cese de la violencia.

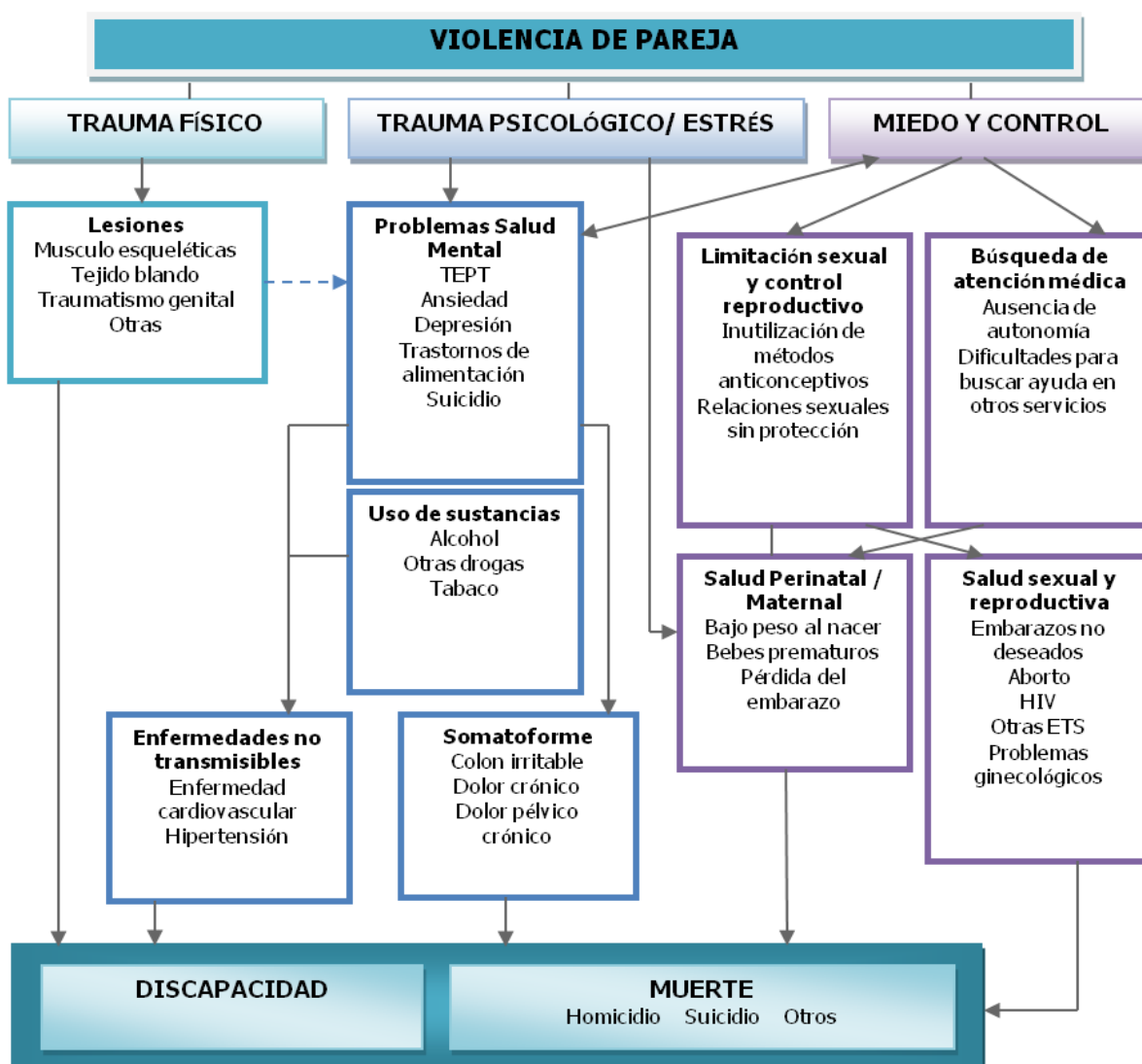
1.4. Consecuencias para la salud

La violencia aumenta la vulnerabilidad de las mujeres en una amplia gama de problemas de salud tanto a corto como a largo plazo. No obstante, la relación entre la exposición a la violencia y los efectos sobre la salud es compleja y no necesariamente se producen las mismas consecuencias en las mujeres afectadas.

La OMS (WHO, 2013a) propone un modelo en el que indica tres mecanismos y vías principales (trauma físico, trauma psicológico y miedo y control) que pueden explicar la mayoría de los principales efectos que tiene la VCP para la salud de las afectadas (ver figura 1.1). Esta propuesta parece indicar que los problemas de salud mental y el uso/abuso de sustancias puede resultar directamente de cualquiera de las tres vías propuestas, lo que a su vez, puede aumentar los riesgos para la salud general. Otros efectos sobre la salud física, mental, sexual y reproductiva que la OMS reconoce pero que no han sido incluidos en su último estudio son los siguientes: embarazo de adolescentes, embarazos involuntarios en general, abortos involuntarios, muerte fetal, hemorragias intrauterinas, deficiencias nutricionales, dolor abdominal u otros problemas gastrointestinales, desórdenes neurológicos, dolor crónico, discapacidad, ansiedad y TEPT, así como enfermedades no transmisibles del tipo hipertensión, cáncer o problemas cardiovasculares (WHO, 2013a).

La gran cantidad de estudios de investigación que examinan el impacto de la VCP en la salud, proporcionan una fuerte evidencia sobre dos hechos (Lawrence, Orengo-Aguayo, Langer y Brock, 2012): (1) La violencia física y psicológica tiene graves consecuencias físicas y psicológicas para las víctimas y (2) en relación a las consecuencias físicas del abuso físico, las lesiones suelen ser similares según las muestras de mujeres (p.ej. muestras comunitarias, muestras clínicas, muestras de mujeres en casas de acogida).

Figura 1.1. Vías y efectos sobre la salud de la Violencia contra la Pareja (tomado de WHO, 2013a)



Según la ONU Mujeres (UN Women, 2011a) para las mujeres de 16 a 44 años de edad, la violencia es una causa importante de muerte y discapacidad. Asimismo, un maltrato más grave produce un mayor impacto en la salud física y mental de las mujeres expuestas a

VCP, impacto que implica unas consecuencias que persisten aun cuando la violencia ha desaparecido y además, el propio impacto en el tiempo de los diferentes tipos de maltrato y múltiples episodios de violencia parecen ser acumulativos (Krug et al., 2002).

1.4.1. Consecuencias para la salud física

La salud sexual, reproductiva y perinatal, las lesiones y la muerte son las principales consecuencias sobre la salud física derivadas de la VCP (WHO, 2013a). Las mujeres que sufren VCP física y/o sexual tienen 1.5 veces más probabilidades de contraer sífilis, gonorrea o clamidia y en algunas regiones HIV, tienen el doble de probabilidades de tener un aborto, y un 16% más de probabilidades de tener un bebé de bajo peso al nacer. El 42% han resultado lesionadas y el 38% de las mujeres asesinadas en el mundo, lo fueron mano de sus parejas. En este estudio, la OMS ofrece la magnitud de la asociación entre la VCP y los resultados sobre la salud seleccionados (ver tabla 1.9).

Tabla 1.9. Violencia contra la Pareja y consecuencias sobre la salud: Estimación de la magnitud de la asociación (tomado de WHO, 2013a)

Dominio	Enfermedad/Lesiones resultado de la violencia	Definición	Tamaño del efecto* (IC 95%)
Salud Sexual	VIH/SIDA	Infección por VIH, con o sin progresión a SIDA	OR=1.52 (1.03 a 2.23)
	Sífilis	Infección aguda y crónica con <i>Treponema Pallidum</i>	OR=1.61 (1.24 a 2.08)
	Clamidia	Infección bacteriana con Chlamydia trachomatis transmitida por vía vaginal, anal o perinatal	OR=1.81 (0.90 a 3.63)
	Gonorrea	Infección bacteriana con Neisseria Gonorrhoea transmitida por vía vaginal, anal o perinatal	
Salud Reproductiva	Aborto inducido	Episodios de violencia que inducen al aborto	OR=2.16 (1.88 a 2.49)
Salud Perinatal	Bajo peso al nacimiento	Menor de 2500 g	OR=1.16 (1.02 a 1.29)
	Nacimiento prematuro	Edad gestacional menor de 37 semanas	OR=1.41 (1.97 a 2.60)
	Pequeño para la edad gestacional	Peso al nacer por debajo del percentil 10	OR=1.36 (0.53 a 2.19)
Lesiones	Cualquier lesión infringida por la pareja	Lesiones consecuencia de violencia física	42% de las mujeres expuestas a VCP han sido lesionadas por su pareja (34% a 49.6%) 2.92 (2.21 a 3.63), comparando las lesiones sobre la mujer con y sin VCP
Muerte	Homicidio	Muerte perpetrada por la pareja	Aproximadamente el 13% de todos los asesinatos, el 38% de todos los asesinatos de mujeres y el 6% de todos los asesinatos cometidos por hombres
	Suicidio	Muerte perpetrada por uno mismo	OR=4.54 (1.78 a 11.61)

Nota: * Tamaño del efecto se refiere a la estimación de la asociación y está basado bien en la mejor estimación de la literatura o bien en una estimación polarizada desde un metaanálisis. VCP=Violencia contra la pareja.

Las personas expuestas a VCP suelen manifestar un mayor número de enfermedades crónicas, prescripciones superiores de medicación, enfermedades de transmisión sexual y alteración de los patrones del sueño (Esquivel-Santoveña et al., 2013). De una manera más específica, la investigación empírica asocia de forma consistente la victimización física y mala calidad de la salud, concretamente, se relacionan problemas como dolor crónico, problemas ginecológicos (p.ej. mayor probabilidad de cáncer de cuello uterino, dolor pélvico, infecciones en el tracto urinario, dolor abdominal, cambios en el ciclo menstrual y complicaciones asociadas al parto), problemas gastrointestinales (p.ej. colon irritable, dolor estomacal), problemas cardiovasculares, afectación inmunológica, alteraciones en la visión o problemas auditivos, déficit nutricional y una mayor probabilidad de sufrir problemas de salud de larga duración o enfermedad crónica (tomado del metaanálisis de Lawrence et al., 2012). Como consecuencia de las lesiones físicas producidas, las afectadas por la VCP suelen utilizar con mayor frecuencia las áreas de urgencias de los hospitales (Arias y Corso, 2005; Vung, Ostergren y Krantz, 2009).

La evidencia documentada por la investigación en cuanto a la victimización psicológica indican consecuencias devastadoras para la salud y funcionamiento físico, como p.ej. migrañas, úlceras de estómago, indigestión, dolor pélvico, dolor crónico, enfermedad crónica (Coker et al., 2002; Taft et al., 2006).

1.4.2. Consecuencias para la salud psicológica

La investigación científica ha documentado los efectos de la VCP sobre la salud mental, considerando la depresión, el TEPT y la ansiedad los problemas más prevalentes (Campbell J., 2002; Esquivel-Santoveña et al., 2013; Golding, 1999; Martínez, García Linares y Picó-Alfonso, 2004; Mechanic, 2004; Pico-Alfonso, García-Linares, Celda-Navarro, Blasco-Ros, Echeburúa y Martínez, 2006; Taft et al., 2009; Woods, 2000).

Otras consecuencias sólidamente asociadas son la conducta suicida, dolor crónico, síntomas somáticos, alteraciones de sueño y/o alimentación, inadaptación social e incremento de problemas de abuso de sustancias, entre otros (Ellsberg et al., 2008; Golding, 1999; Kaslow et al., 2002). Las mujeres expuestas a VCP pueden desarrollar así mismo trastornos disociativos, culpa, vergüenza (Harlé, Allen y Sanfey, 2010; Kubany y Ralston, 2008), desesperanza aprendida (Bargai et al., 2007), baja autoestima,

aislamiento social y sensación de amenaza incontrolable para la vida y la seguridad personal (Labrador et al., 2004).

Por otro lado, dado que las mujeres suelen estar expuestas a más de un tipo de violencia (Carlson, McNutt, Choi y Rose, 2002; Coker, Bethea, King y McKeown, 2000), es difícil determinar el tipo de abuso, tipo de consecuencias en salud mental, o si uno o más tipos de maltrato se asocia con consecuencias más graves para la salud mental. Eshelman y Levendosky (2012) indican que las mujeres expuestas a los tres tipos de maltrato (físico, psicológico y sexual) tienen mayor riesgo para desarrollar problemas físicos y de salud mental, y estos se incrementan si lo hace la frecuencia de la violencia. La combinación de maltrato también parece estar asociada con los elevados niveles de depresión y síntomas de TEPT, lo que sugiere que la experiencia de múltiples tipos de violencia está relacionada con el desarrollo de problemas de salud mental, más que el haber estado expuesta a un solo tipo de abuso. En esta dirección, Stein y Kennedy (2001) encontraron particularmente que la violencia física se asoció con TEPT y síntomas depresivos, y la violencia psicológica se asoció a TEPT, pero no más a síntomas depresivos. Pico-Alfonso et al., (2006) indican que la violencia psicológica es tan perjudicial como la física en relación a las consecuencias sobre la salud mental, presentando un efecto independiente sobre los síntomas depresivos y de ansiedad y siendo el único factor que contribuye al TEPT y comorbilidad TEPT-Depresión. Otros estudios indican que las mujeres que han estado expuestas a violencia física y/o sexual tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión en comparación con las que no padecieron ningún tipo de violencia ($OR=1.97$) y son dos veces más propensas a tener problemas con el uso/abuso del alcohol ($OR=1.82$) (WHO, 2013a). No obstante, un reciente metaanálisis (Lawrence et al., 2012) obtiene evidencia de que la victimización psicológica es un predictor más fuerte en relación a las consecuencias psicológicas que la victimización física, mientras que ésta última predice mejor las consecuencias económicas y sociales derivadas de la VCP tanto para las propias víctimas como para la sociedad en general. También hay evidencia de que las consecuencias de la VCP son significativamente peores para las mujeres, especialmente en situación de desempleo, con bajos ingresos y pertenecientes a minorías étnicas (Lawrence et al., 2012). La violencia física en el ámbito de la pareja atenta al bienestar psicológico e incrementa la probabilidad de desarrollar diversos problemas mentales, como la depresión y ansiedad (Loxton et al., 2006; Neroin y Schei, 2008), TEPT

(Stampfel, Chapman y Álvarez, 2010; Wood, Page, O'Campo, Pugh, Ford y Campbell, 2005), abuso de alcohol y/u otras sustancias (Bonomi et al., 2006; Loxton et al., 2006), intentos o ideas recurrentes de suicidio (Afifi, McMillan, Cox, Asmundson, Stein y Sareen, 2009) y alteraciones cognitivas y de memoria (Vung et al., 2009). Estas mujeres reportan un nivel de estrés superior al normal (Loxton et al., 2006; Neroin y Schei, 2008), un mayor número de consultas médicas (Arias y Corso, 2005) y en consecuencia mayor uso de mediación asociada a las consecuencias psicológicas (Loxton et al., 2006; Neroin y Schei, 2008).

La depresión en casos de VCP tiene una prevalencia del 47.6% según el metaanálisis de Golding (1999), con una gran variabilidad (del 15% al 83%), de hecho, Labrador et al. (2010) obtienen datos cercanos al 70% en muestras españolas. Harlé et al., (2010) indican que la depresión influye de forma negativa en la toma de decisiones y solución de problemas, especialmente en relación a los conflictos interpersonales y/o económicos. Estas limitaciones se vinculan con la baja autoestima, autocrítica y apatía; coexistiendo con la indefensión aprendida, la culpa y la vergüenza. Los sentimientos de culpa pueden conllevar inhibición conductual (Echeburúa, 2004), mientras que la vergüenza asociada a los síntomas depresivos pueden explicar mejor la mayoría de las reacciones desadaptativas asociadas a las bases emocionales de la depresión (Kim, Thibodeau y Jorgensen, 2011). La asociación entre síntomas depresivos y VCP puede ser recíproca, ya que el cuadro emerge a su vez como factor de riesgo para la victimización y perpetración de la VCP, especialmente en mujeres, y posiblemente como consecuencia de la irritabilidad y el afecto negativo (Capaldi et al., 2012).

El TEPT es otro de los cuadros más asociados con la VCP (Astin, Lawrence, y Foy, 1993; Babcock, Roseman, Green, y Ross, 2008; Dutton, Greenm Kaltman, Roesch, Zeffiro y Krause, 2006; Jones, Hughes, y Unterstaller, 2001; Nixon, Resick, y Nishith, 2004; Taft et al., 2009), con una prevalencia estimada dentro del rango de 31% a 84%, y media ponderada de 68% (Golding, 1999, Jones et al., 2001). Pueden aparecer síntomas de TEPT aunque sin diagnosticarse el cuadro completo en el 70% de las mujeres expuestas a VCP (Riggs et al., 2009). Estas tasas de TEPT en VCP son considerablemente superiores a las obtenidas en muestras de mujeres de la población general (rango de 1% a 12%), y son también superiores a las encontradas en grupos de mujeres de la población general con historias de de victimización criminal (tomado de Mechanic, Weaver y Resick, 2008).

También se observan diferencias teniendo en cuenta el origen de las muestras, así, estudios con población norteamericana difieren en las tasas de prevalencia de TEPT respecto a estudios con mujeres españolas, tal y como se observa en la tabla 1.10.

Tabla 1.10. Tasas de prevalencia según diversos estudios de Trastorno de Estrés Postraumático en Violencia contra la Pareja

	Estudio	N	Tasa prevalencia TEPT
EEUU	Norwood y Murphy (2012)	216	42.7%
	Nathanson et al. (2012)	94	57.4%
	Woods, Hall, Campbell y Angott (2008)	157	92.4%
	Mechanic et al. (2008)	413	45% (TEPT moderado a severo) 31% (TEPT severo)
	Nixon et al., (2004)	142	75%
ESPAÑA	Labrador et al. (2010)	212	37%
	Sarasúa et al. (2007)	148	33%
	Pico-Alfonso et al. (2006)	G1 75 (violencia física y psicológica) G2 55 (violencia psicológica)	G1 28% G2 34.5%
	Amor et al. (2002)	212	46%
	Echeburúa et. al. (1997a)	164	55%

La investigación indica que hay una asociación positiva entre la intensidad de la victimización y la severidad de los síntomas (Scott, 2007). Está bien establecido que las agresiones físicas y sexuales incrementan la probabilidad de tener problemas de salud mental y se sugiere que la gravedad, frecuencia y duración de la violencia física está asociada con la prevalencia o severidad del TEPT (Astin, Lawrence y Foy, 1993; Dutton et al., 2006; Golding, 1999; Jones et al., 2001; Norwood y Murphy, 2012; Roberts, 2002; Woods, 2000). Algunos autores han avanzado en la investigación al vincular el abuso psicológico en la VCP con el desarrollo del TEPT (Mechanic et al., 2008; Street y Arias, 2001), convirtiéndose en un fuerte predictor de los síntomas del cuadro (Dutton, Goodman y Bennett, 2001; Eshelman y Levendosky, 2012), e incluso el principal factor contribuidor del desarrollo de los mismos (Norwood y Murphy, 2012; Pico-Alfonso, 2005). El TEPT a su vez puede exacerbar síntomas de salud mental y física, tales como la depresión o la enfermedad cardiovascular (Dutton et al., 2006).

Street y Arias (2001) ya indicaban la asociación entre sintomatología de TEPT y violencia psicológica, y añaden que la vergüenza emerge como importante predictor de la misma. Otros autores, sin embargo, han obtenido resultados que van en la línea de considerar equivalente la fuerza de asociación entre el TEPT y los diferentes tipos de violencia (psicológica, física o sexual) sin que un tipo de abuso se convierta en predictor de la sintomatología de TEPT en mayor medida que otro (Babcock et al., 2008; Coker, Weston,

Creson, Justice y Blakeney, 2005). De hecho, un reciente metaanálisis (Tramayne, 2012) examina las inconsistencias de la literatura en relación al vínculo entre el tipo de abuso y TEPT y confirma que tanto la violencia física como la violencia psicológica están fuertemente asociadas con la sintomatología del TEPT en mujeres que han estado expuestas a VCP.

Kelley, Weathers, McDevitt-Murphy, Eakin y Flood (2009) no obstante, concluyen que no solo los diferentes tipos de traumas se asocian con diferentes niveles de gravedad general de los síntomas del TEPT, sino que además, cada trauma puede dar lugar a patrones sintomatológicos diferentes y específicos. Estudios realizados con víctimas de VCP (Alonso, 2007; Arinero, 2006; Cáceres et al., 2011; Echeburúa, Corral y Amor, 1998; Labrador et al., 2010; Rincón et al., 2004) reflejan que la presencia de sintomatología referida a reexperimentación e hiperactivación está presente en mayor proporción que la sintomatología referida a evitación, a excepción de la evitación de pensamientos relacionados con el trauma. Los síntomas de amnesia disociativa son los menos prevalentes. Las características específicas de la violencia pueden explicar la sintomatología del TEPT en estas víctimas. La experiencia prolongada y repetida de los episodios agresivos explicaría la frecuente presencia de recuerdos intrusivos. La hiperactivación constante puede ser consecuencia de la imposibilidad de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios violentos y su percepción de que en cualquier momento puede ser agredida, en especial en el hogar. Respecto a las conductas de evitación, son elevadas las de evitación de sentimientos, pero no las de lugares o actividades (Labrador et al., 2010).

La ansiedad, otra de las consecuencias más importantes sobre la salud mental en casos de VCP, comparte síntomas referidos a la hiperactivación fisiológica y cognitiva del TEPT (Fenny, Lory y Foa, 2010; Foa, Hembree y Rothbaum, 2007). La ansiedad extrema suele ser frecuente e impredecible, conllevando respuestas de sobresalto y alerta exageradas (Walker, 2009). Resulta difícil, no obstante, aportar datos precisos sobre los diferentes cuadros de ansiedad dada la variedad diagnóstica. A modo ilustrativo, en muestras españolas se encuentran prevalencias de entre el 29% (Rincón et al., 2004) y el 38.7% (Labrador et al., 2010).

Por último, la identificación de la comorbilidad entre TEPT y depresión es importante, ya que la asociación aumenta la carga sintomatológica y el deterioro funcional de la persona,

lo que a su vez tiene implicaciones sobre el tratamiento favoreciendo una respuesta más lenta al mismo y posiblemente con síntomas residuales (Green et al., 2006). En este sentido, hay evidencia de que las mujeres expuestas a VCP tienen una alta comorbilidad de TEPT y depresión (Taft et al., 2009), alcanzando el 49% cumplimiento de criterios para ambos cuadros (Nixon et al., 2004). Otros estudios encontraron que 45%-64% de las víctimas de VCP con TEPT también reportaron síntomas de depresión (Cascardi, O'Leary y Schlee, 1999; Stein y Kennedy, 2001). En esta línea, Pico-Alfonso et al. (2006) indican que no solo la comorbilidad depresión-TEPT suele estar presente como consecuencia de la VCP, sino que la severidad del estado de ansiedad es mayor en mujeres que ya presentan ambos cuadros. Asimismo, Marshall et al. (2010) señalan que todos los síntomas de TEPT tienen una elevada correlación con el distrés y la disforia, relacionados ambos con estados tanto ansiosos como depresivos. La elevada tasa de comorbilidad se podría explicar por la similitud del TEPT y síntomas depresivos que puede ser consecuencia de los efectos generalizados de la VCP en la salud mental de las mujeres (Brady, Killeen, Brewerton y Lucerini, 2000). Ambos comparten síntomas diagnósticos, incluyendo dificultades de concentración, los patrones de sueño y pérdida de interés en actividades.

1.4.3. Resumen

El impacto de la VCP en la salud es grave y tiene serias consecuencias físicas y psicológicas para quienes lo experimentan (Lawrence et al., 2012), tanto a corto como a largo plazo (Bott, Guedes, Goodwin y Adams, 2012; Ellsberg et al., 2008; WHO, 2005), haciendo un amplio uso de los recursos sanitarios (Ansara y Hindin, 2010; Black, 2011).

Las principales consecuencias derivadas de la VCP en la salud física son (WHO, 2013a) la salud sexual, reproductiva y perinatal, las lesiones y la muerte. Otros problemas de salud asociados son el dolor crónico, problemas gastrointestinales, problemas cardiovasculares, afectación inmunológica, alteraciones en la visión o problemas auditivos, déficit nutricional y una mayor probabilidad de sufrir problemas de salud de larga duración o enfermedad crónica (Lawrence et al., 2012).

Los efectos más prevalentes sobre la salud mental son la depresión, el TEPT y la ansiedad (Campbell J., 2002; Golding, 1999; Martínez et al., 2004; Mechanic, 2004; Pico-Alfonso et al., 2006; Taft et al., 2009; Woods, 2000). Las mujeres expuestas a VCP tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión en comparación con las que no padecieron

ningún tipo de violencia y son dos veces más propensas a tener problemas con el uso/abuso del alcohol (WHO, 2013a). Otras consecuencias psicológicas asociadas son la conducta suicida, síntomas somáticos, alteraciones de sueño y/o alimentación, inadaptación social (Ellsberg et al., 2008b; Golding, 1999; Kaslow et al., 2002), trastornos disociativos, culpa, vergüenza (Harlé et al., 2010; Kubany y Ralston, 2008), desesperanza aprendida (Bargai et al., 2007), baja autoestima, aislamiento social y sensación de amenaza incontrolable para la vida y la seguridad personal (Labrador et al., 2004).

Estar expuesta a diferentes tipos de violencia (físico, psicológico y sexual) aumenta el riesgo de desarrollar problemas físicos y de salud mental, y estos se incrementan si lo hace la frecuencia de la violencia (Eshelman y Levendosky, 2012). La violencia física y/o sexual parece estar relacionada con consecuencias sobre la salud físicas más graves (WHO, 2013a), mientras que la investigación empírica sugiere que la victimización psicológica es el predictor más fuerte en relación a las consecuencias psicológicas (Lawrence et al., 2012).

2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA

2.1. Propuestas empíricas

La OMS (WHO, 2013b) propone una de las últimas guías basadas en la evidencia para orientar a los profesionales de la salud en las respuestas más adecuadas para las mujeres afectadas por la VCP (y agresiones sexuales), entre las que incluye intervenciones clínicas y soporte emocional. Las directrices están basadas en la revisión sistemática de la evidencia hasta la fecha de los enfoques, programas y servicios que atienden a esta población. La tabla 2.1 resume las principales indicaciones.

Tabla 2.1. Resumen de las principales recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la intervención con mujeres afectadas por la violencia contra la pareja (WHO, 2013b modificada)

Dirigido a/Recomendaciones	Calidad de la evidencia	Recomendación
<i>Mujeres con diagnóstico previo o trastorno mental de la pareja violenta (como depresión o abuso de drogas) que han experimentado Violencia de pareja, deben recibir atención dirigida al cuadro (de acuerdo con la Guía de Intervención de la OMS relativa a la Salud Mental) desarrollada por profesionales con una buena comprensión del fenómeno de la Violencia contra la pareja</i>	Evidencia indirecta, variable (varía con la intervención, ver http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/)	Fuerte
<i>Mujeres que ya no experimentan violencia pero cumplen diagnóstico de TEPT, se aplicará Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) desarrollada por profesionales con una buena comprensión del fenómeno de la Violencia contra la pareja</i>	Baja-Moderada	Fuerte
<i>Mujeres que han pasado al menos una noche en un refugio o casa de emergencia, se les debe ofrecer un programa de apoyo, empoderamiento y soporte legal/social</i>	Baja	Condicionada
<i>Mujeres embarazadas que revelan la situación de violencia por parte de su pareja, se les debe ofrecer orientación específica de empoderamiento de duración breve a moderada (hasta 12 sesiones) y soporte legal/social, incluso un componente de seguridad, a través de los servicios especializados.</i>	Baja	Condicionada
<i>Niños expuestos a la violencia de pareja en el domicilio, se recomienda la intervención terapéutica, incluyendo sesiones de participación con y sin la madre</i>	Moderada	Condicionada

Otras iniciativas en esta dirección, en España, son las Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud que aportan directrices basadas en intervenciones avaladas científicamente. La Guía de Práctica Clínica de Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja del Sistema Nacional de Salud (2010) desarrolla un protocolo de detección y actuación específico para la problemática en cuestión. Las pautas generales están basadas en la primera atención y parten de: (1) tratar de garantizar la seguridad de la afectada y la minimización del riesgo para ella y sus hijos/as, (2) establecer una relación de confianza, (3) identificar/visibilizar las consecuencias psicológicas de la violencia, (4) exposición a la experiencia traumática y (5) recuperación de la vida social. Se recomienda el uso de sesiones individuales combinadas con sesiones grupales, con un ritmo adaptado a las necesidades de cada participante y considerando el trabajo desde la perspectiva de género. Específicamente, la Guía proporciona indicaciones teniendo en cuenta la psicopatología asociada a la experiencia violenta, considerando los síntomas y/o diagnóstico de TEPT como lo más prevalentes y para los que se insta al uso de la Terapia Cognitivo-Conductual focalizada en el Trauma (TCCFT en adelante) y Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares o EMDR (acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing), que pueden ser integrados en un plan general de cuidados y extenderse más allá de las 12 sesiones. Recomendaciones más detalladas y específicas para el TEPT y otras si se asocia comorbilidad, se resumen en la tabla 5.1 (capítulo 5). Por otro lado, si la sintomatología es grave se plantea el uso combinado de psicoterapia y terapia farmacológica, no estando recomendada esta última de forma exclusiva.

La producción científica en el tratamiento de la VCP es limitada, frecuentemente de carácter multidisciplinar y no siempre proporciona calidad suficiente para considerarla empíricamente apropiada. No obstante, diversos trabajos de revisión facilitan la selección y señalan las propuestas más consolidadas en esta dirección.

Los primeros estudios de revisión sistemáticos (Abel, 2000; Wathen y McMillan, 2003) ya indicaban limitaciones en el método y diseño de los trabajos, con ausencia de grupo control en la mayoría de los estudios y evaluación del resultado y/o eficacia centrados especialmente en variables aisladas como la autoestima, soporte social, conductas de seguridad o el riesgo de revictimización, con resultados mixtos o insuficientes. Posteriormente, Stover, Meadows y Kaufman (2009) realizan una revisión de estudios

aleatorizados teniendo en cuenta la revictimización como resultado. Identifican únicamente tres estudios que cumplen estas condiciones y concluyen que el Apoyo Comunitario después de un periodo de refugio (Modelo de Intervención basado en el soporte o consejo que permite la conexión de las supervivientes de VCP con los recursos de la comunidad, establecer planes de seguridad y consejo legal) se muestra más eficaz que intervenciones de tipo clínico, prenatales o servicios sociales y policiales de atención. No obstante, el limitado alcance de la revisión y la focalización del objeto de la intervención en la conducta del autor de las agresiones, plantea preguntas acerca de la trascendencia de estas intervenciones ya que no tienen en cuenta por ejemplo los efectos psicológicos negativos de la violencia, el funcionamiento personal o emocional y el propio cambio en variables de riesgo proximales como pueden ser la autonomía, acceso al empleo o las conductas de seguridad. Otras revisiones llevadas a cabo en contextos médicos (Ramsay, Richardson, Carteer, Davidson y Feder, 2002), urgencias (Anglin y Sachs, 2003), o atención a gestantes (O`Reilly, Beale y Guillies, 2010) tampoco revelan resultados concluyentes, inclinándose aun sin evidencia a los beneficios del soporte profesional.

Más recientemente, Eckhardt, Murphy, Whitaker, Sprunger, Dykstra y Woodard (2013) realizan una revisión sobre la eficacia de los programas de intervención en VCP centrados exclusivamente en mujeres víctimas, y distinguen entre intervenciones de corta y larga duración. Entienden por intervenciones de corta duración aquellas que no superan las 3 horas de contacto entre el profesional y la víctima, siendo realizadas frecuentemente en contextos médicos (de atención primaria, urgencias o clínicas de atención prenatal), legales, policiales o comunitarios. Aunque las condiciones de intervención varían mucho dependiendo del enfoque e intensidad del contacto, los estudios revisados suelen centrarse en la seguridad, acceso a los recursos de la comunidad, evitar la revictimización y disponer de información legal. La eficacia de los programas, al igual que en revisiones anteriores, es mixta y los resultados más consistentes se centran en las intervenciones que se dirigen al aumento de uso de conductas de seguridad como competencia de la víctima. En relación a la intervención de larga duración, estos autores indican que las terapias cognitivo conductuales (TCC en adelante) específicas para tratar los síntomas de TEPT y depresión son las que obtienen cambios más significativos (p.ej. Jhonson, Zlotnick y Pérez, 2011; Kubany, Hill y Owens, 2003; Kubany, Hill, Owens, Lance-Spencer, McCaig y

Tremayne, 2004). Programas de Apoyo Comunitario tras un periodo de acogida (p.ej. Sullivan y Bybee, 1999; Sullivan, Bybee y Allen, 2002) han mostrado un aumento de la calidad de vida y bienestar de las participantes, considerándose intervenciones muy útiles que facilitan la transición de la situación de refugio a la vida independiente en la comunidad. No obstante, consideran que (aunque con resultados más limitados) otros enfoques dirigidos a reducir la victimización (p.ej. Bair-Merritt et al., 2010) y los grupos de soporte social (p.ej. Constantino, Kim y Crane, 2005) pueden obtener un considerable impacto en el apoyo social percibido y angustia emocional. Así, aun siendo escasa la literatura de investigación en relación al asesoramiento en VCP, los resultados pueden ser alentadores.

Por último, revisiones sistemáticas acerca de la Terapia Focalizada en el Trauma (Mendes, Mello, Ventura, Passarela y Mari, 2008; Roberts, Kitchiner, Kenardy y Bisson, 2009; Warshaw, Sullivan y Rivera, 2013), se inclinan por la utilización de la TCC o Terapia Cognitiva (TC en adelante) como las más indicadas para reducir los cuadros más frecuentes en las mujeres víctimas de VCP.

2.2. Tratamientos Psicológicos

Organizaciones nacionales e internacionales de salud (Sistema Nacional de Salud, 2010; WHO, 2013) y estudios de revisión sistemáticos (Eckhardt et al., 2013; Mendes et al., 2008; Roberts et al., 2009; Warshaw et al., 2013) coinciden en plantear la psicoterapia, y concretamente la TCC, como el tipo intervención que proporciona un mayor soporte empírico en la atención a las mujeres que han estado expuestas a la VCP.

Un resumen de la evolución de la producción científica en los últimos 15 años se aporta en la tabla 2.2, en la que se incluyen los tratamientos psicológicos más relevantes. Las investigaciones revisadas incluyen tanto ensayos controlados aleatorizados (ECA) (Arinero, 2006; Gilbert et al., 2006; Johnson et al., 2011; Kaslow et al., 2010; Kubany et al., 2004; Kubany et al., 2003; Reed y Enright, 2006; Zlotnick, Capezza y Parker 2011) como propuestas pre-experimentales en forma de estudio piloto (Cáceres et al., 2011; Iverson Shenk y Fruzzetti, 2009; Johnson y Zlotnick, 2006) o estudios cuasi-experimentales (Alonso, 2007; Cáceres, 2011; Crespo y Arinero, 2010; Kim y kim, 2001; Labrador y Alonso, 2010; Labrador et al., 2006; Rincón, 2003). En cualquier caso, la revisión incluye

aquellos que obtienen un efecto superior o beneficio de la intervención psicológica para la población objeto de investigación. El análisis de la efectividad es el objetivo principal, aun cuando ésta esté siendo evaluada teniendo en cuenta variables diferentes según autores. Además, aunque no todas las investigaciones aportan tamaños del efecto en sus publicaciones, otros índices (p.ej. la ausencia de diagnóstico) permiten obtener indicadores de éxito derivados de la aplicación de las diferentes propuestas terapéuticas.

El TEPT y la depresión son los objetivos de tratamiento que se repiten más frecuentemente, aunque no todos los estudios revisados centran la intervención en la reducción de esta sintomatología específica. El tipo de enfoque más frecuente en la literatura es la TCC, aunque otras aproximaciones como la Terapia Conductual Dialéctica (Iverson et al., 2009), Terapia del Olvido (Reed y Enright, 2006), Terapia centrada en el problema (Kim y Kim, 2001) o la Intervención Psicoeducativa focalizada en el Empoderamiento (Kaslow et al., 2010) parecen obtener buenos resultados. No obstante, estos estudios derivados de diferentes enfoques presentan algunas distinciones en el objeto de tratamiento, centrándose prioritariamente en la sintomatología depresiva, autoestima u otros síntomas de ansiedad, pero no en el TEPT.

Por otro lado, los resultados de la revisión indican que los tratamientos centrados en el trauma diseñados para esta población son prometedores para la reducción de al menos alguna sintomatología. Un número de estudios demostró que el tratamiento mejoró el TEPT de las mujeres y/o síntomas de depresión si completaron el tratamiento (Crespo y Arinero, 2010; Johnson et al., 2011; Kaslow et al., 2010; Kubany et al., 2003; Kubany et al., 2004). Además, la mejoría se mantiene en el tiempo (Crespo y Arinero, 2010; Johnson et al., 2011; Kaslow et al., 2010; Kubany et al., 2003; Kubany et al., 2004). Las intervenciones diferían en cada uno de los estudios de manera importante, p.ej. desde el formato (individual o grupal) o los criterios de inclusión, al número de sesiones (mayoritariamente breves, con una media de 8 sesiones y en general menos de 12) y contenido de las sesiones (algunos de los componentes de la terapia son comunes a los diferentes enfoques, como la psicoeducación, el fortalecimiento o empoderamiento de las víctimas y el manejo del estrés y/o emociones asociadas al trauma), por lo que es prematuro determinar si existen componentes específicos que podrán ser más importantes para todas las víctimas, beneficiosos sólo para algunas de las supervivientes o irrelevantes para el éxito del tratamiento.

Los tratamientos no suelen extenderse en el tiempo a excepción de los trabajos realizados con poblaciones especiales (p.ej. Reed y Enright, 2006; Zlotnick et al., 2011), aunque los seguimientos sí pretenden medir los resultados obtenidos a medio y largo plazo (entre 4 y 36 meses según estudios). Frecuentemente se llevan a cabo intervenciones de tipo grupal, de acuerdo con las recomendaciones de Walker et al. (2009a) o Kubany y Ralston (2008), sin embargo, la terapia individual ha sido utilizada en varios de los estudios más consistentes (p.ej. Johnson et al., 2011; Kubany et al., 2004).

Por último, las tasas de adherencia al tratamiento y la eficacia potencial son altas en los estudios más relevantes. No obstante, mientras en algunos de éstos (Franzblau, Echebarria, Smith y Van Cantfort, 2008; Gilbert et al., 2006; Johnson et al., 2011) el nivel de adherencia es superior al 90%, en los demás varió del 30% al 68%, limitando el alcance y/o utilidad de los resultados. En este sentido, algunos autores hablan de tasas razonables de abandono si se tiene en cuenta las características específicas de la muestra, como por ejemplo estancias en casas de acogida en las que los traslados o finalización de la estancia les impide completar el programa de tratamiento, protección de los hijos, respuesta judicial o situación económica entre otras (Warshaw et al., 2013).

2.3. Propuestas comunitarias

Los Programas de Apoyo Comunitario tras un periodo de acogida se han considerado intervenciones muy útiles que facilitan la transición a la vida independiente en la comunidad. No obstante, los resultados de numerosos estudios (ver cuadro 2.3) y de diversas revisiones sistemáticas (Eckhardt et al., 2013; Stover et al., 2009) parecen coincidir en el limitado alcance del efecto de los programas, con resultados mixtos o poco concluyentes. Además, una de las características habituales de estas intervenciones es la brevedad de las mismas, con apenas tres horas de atención profesional a las afectadas. Así, aunque algunas propuestas comunitarias de corta duración resulten atractivas por la sencillez y bajo coste, no parecen aportar grandes beneficios a la salud física y/o mental de las mujeres atendidas. Tampoco intervenciones que intentan realizar un trabajo más intensivo (p.ej. Hegarty, O'Doherty, Chondros et al., 2013a) u otras integrando técnicas psicológicas o recomendaciones como entrenar la seguridad y facilitar la asistencia a

servicios especializados (Jewkes, 2013). Parece necesaria pues, una mayor identificación de las consecuencias de la relación abusiva sobre la persona, para que éstas puedan realizar el reconocimiento de los problemas que les supone y el posterior aprovechamiento de los recursos e intervenciones diseñadas al efecto (Jewkes, 2013).

Un resumen de la evolución de la producción científica en los últimos 15 años se aporta en la tabla 2.3, en la que se incluyen los tratamientos comunitarios (solo ECAs y no se tienen en cuenta las intervenciones de corta duración) más relevantes.

De la revisión de estudios de intervención comunitaria lo más frecuente es que la muestra reclutada provenga del ámbito sanitario o comunitario, siendo excepcional la derivación desde estos dispositivos para los estudios de tratamiento psicológico, que aplican los programas en mujeres que provienen generalmente de recursos específicos de violencia o casas de acogida. En este sentido, intervenciones que utilizan ensayos clínicos de eficacia dentro del contexto médico, con muestras comunitarias de mujeres que han estado expuestas a violencia de pareja (p.ej. Hegarty, O'Doherty, Taft, et al., 2013b; Hegarty et al., 2013a), indican que es necesaria una mayor atención al cribado de la población de atención, dado que las mujeres asintomáticas no parecen beneficiarse en términos de salud de este tipo de intervenciones (Jewkes, 2013). No se han encontrado estudios de estas características que obtengan beneficios en la calidad de la vida de las participantes (Hegarty et al., 2013b). Así, de acuerdo con las revisiones sistemáticas llevadas a cabo en este ámbito (Eckhardt et al., 2013; Jewkes, 2013; Stover et al., 2009) los beneficios derivados de las intervenciones de apoyo comunitario en relación a los tratamientos habituales o grupos control sin intervención son escasos. No obstante, algunos de los estudios revisados en este apartado indican una reducción de la exposición a la violencia física al postratamiento (Bair-Merritt et al., 2010; Hegarty et al., 2013a; Jouriles et al., 2001; Sullivan et al., 2002; Sullivan y Bybee, 1999) y un incremento del apoyo social percibido (Constantino et al., 2005; Sullivan et al., 2002; Sullivan y Bybee, 1999). Ambas variables son de gran importancia si tenemos en cuenta que representan dos de los factores más importantes de en relación al riesgo de revictimización y protección de las víctimas de VCP. Las tasas de abandono en este tipo de programas son más bajas en general que en las intervenciones psicológicas, lo que de nuevo apunta a la necesidad de identificar los elementos clave, esenciales para los resultados del tratamiento. La modificación de la intervención para facilitar el acceso y participación (p.ej. reducción de la

duración, dosis, frecuencia, incorporación de elementos adicionales específicos de la VCP, adaptación cultural, accesibilidad por prestarse desde los servicios comunitarios, etc.) es también una forma de identificar los objetivos y prioridades de las supervivencia y de adaptar el tratamiento en consecuencia, incluyendo el compromiso de las participantes a lo largo del tiempo (Warshaw et al., 2013). En este sentido, se ha sugerido que puede ser interesante el trabajo conjunto de la intervención psicológica con la comunidad, adaptando el tratamiento a algunas de las necesidades de estas mujeres (p.ej. incluir un par de sesiones centradas en el TEPT), no obstante, no se puede garantizar que los resultados mejoren (Warshaw et al., 2013).

2.4. Resumen

Las revisiones sistemáticas (p.ej. Abel, 2000; Eckhardt et al., 2013; Stover et al., 2009; Wathen y McMillan, 2003) de intervenciones dirigidas a mujeres víctimas de VCP se han visto obstaculizados por limitaciones notables, desde el escaso número de estudios disponibles, a problemas de calidad, inadecuados diseños de investigación y objeto de estudio centrado exclusivamente en la revictimización y no en las consecuencias de la violencia para las afectadas. A pesar de ello, un moderado número de investigaciones proporciona resultados alentadores en relación a las ventajas de la intervención, ya sea psicológica o comunitaria.

Las intervenciones de corta duración presentan resultados mixtos e inconsistentes en el contexto de la salud (Eckhardt et al., 2013; Jewkes, 2013), mientras que intervenciones psicológicas estructuradas basadas en estrategias cognitivo conductuales se han mostrado eficaces en la reducción de los efectos negativos del abuso, incluyendo TEPT y depresión (Eckhardt et al., 2013; Mendes et al., 2008; Roberts et al., 2009; Warshaw et al., 2013; WHO, 2013).

Los Programas de Apoyo Comunitario no parecen alcanzar el objetivo de mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas por la VCP (Hegarty et al., 2013b), sin embargo, se obtienen resultados positivos de este tipo de enfoque para reducir la victimización de esta población y proporcionar un soporte social más adecuado (p.ej. Bair-Merritt et al., 2010; Constantino et al., 2005; Hegarty et al., 2013a).

Tabla 2.2. Resumen de los principales Estudios (publicados en los últimos 15 años) que examinan la efectividad de Programas de Intervención Psicológica para mujeres víctimas de violencia de pareja

Estudio	Características del estudio	Tipo de Estudio	Objetivo de tratamiento	Resultados
Kim y Kim (2001)	N=60 (Muestra de Casas de Acogida) Formato: Grupal Duración: 8 sesiones (90') Frecuencia: semanal Sgs: No	Enfoque: Modelo de Intervención en Crisis y Enfoque centrado en el Problema Componentes: evaluación del trauma, identificación de problemas y características del agresor, afrontamiento emocional, manejo de estrés, desarrollo de plan de acción y promoción del empoderamiento Diseño: Cuasi-Experimental Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento / G2: Control	Síntomas depresivos Ansiedad Autoestima	Tratamiento superior al grupo control Mejoran las variables dependientes: Se reduce especialmente la ansiedad y depresión en el grupo experimental, la autoestima aumenta en ambas condiciones. Tasa de abandono: 45%
Rincón (2003)	N=50 (Muestra de recursos específicos de violencia) Formato: Grupal Duración: 8 sesiones (90') Frecuencia: semanal Sgs: 1, 3 y 6 meses	Enfoque: TCC Componentes: Psicoeducación, control activación, Exposición, Reestructuración Cognitiva, solución de problemas, mejora autoestima Diseño: Cuasi-Experimental Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento: 2 grupos experimentales con diferente orden de aplicación de los componentes (GE1=TC+TE y GE2=TE+TC) G2: Control-lista de espera	TEPT Depresión Autoestima Inadaptación Cogniciones Postraumáticas	Tratamiento superior al grupo control Se reducen las variables dependientes al post y se mantienen los efectos en sgs: <i>Post:</i> ausencia diagnóstico (TEPT=90.9%/Depresión= 45.5%) <i>Sg1 mes:</i> (TEPT=90.9%/Depresión=51.5%) <i>Sg 3 meses:</i> (TEPT=84.8%/Depresión=57.5%) <i>Sg 6 meses:</i> (TEPT=84.8%/Depresión=63.6%) Mejoran autoestima, adaptación y cogniciones postraumáticas No se encuentran diferencias entre los grupos experimentales Tasa de abandono <i>post</i> y <i>sgs</i> : 8% y 20% (abandonos reales) para GE1 y GE2 respectivamente / 20 y 32% (abandonos totales) para GE1 y GE2 respectivamente
Kubany et al. (2003)	N=37 (Muestra de recursos específicos de violencia y otros no especificados) Formato: Combinado (individual y grupal) Duración: 8 a 11 sesiones (90') Frecuencia: 3 veces semana Sgs: 3 meses	Enfoque: Terapia Cognitiva para el Trauma en Mujeres Abusadas por su pareja (TCT) Componentes: Psicoeducación sobre TEPT, manejo del estrés, Exposición, Reestructuración Cognitiva focalizada en el trauma -culpa, autodefensa, empoderamiento Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: inicio inmediato G2: inicio demorado	TEPT Depresión Autoestima Culpa	Tratamiento superior al grupo control Se reducen todas las variables dependientes (sin diagnóstico): TEPT=94%/Depresión=83%/Autoestima=92%/Culpa=72% Los efectos se mantienen en el sg Tamaños del efecto: Magnitud muy alta al post Intragrupo: Inician tratamiento combinado=2.66/Grupo Control=0.28 Completan tratamiento combinado=3.46/Grupo Control=0.12 Intergrupo: Inician tratamiento combinado vs. Control=2.13 Completan tratamiento combinado vs. Control=2.92 Tasa de abandono: 14%
Kubany et al. (2004)	N=125 (Muestra de recursos específicos de violencia y otros no especificados) Formato: Individual Duración: 8 a 11 sesiones (90') Frecuencia: 3 veces semana Sgs: 3 y 6 meses	Enfoque: Terapia Cognitiva para el Trauma en Mujeres Abusadas por su pareja (TCT) Componentes: Psicoeducación sobre TEPT, Exposición, Reestructuración Cognitiva focalizada en el trauma -culpa, autodefensa, empoderamiento Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: inicio inmediato G2: inicio demorado	TEPT Depresión Autoestima Culpa	Tratamiento superior al grupo control. Se reducen todas las variables dependientes G1: inicio inmediato: ausencia diagnóstico (TEPT=91%/Depresión=83%) G2: inicio demorado: ausencia diagnóstico (TEPT=80%/Depresión=75%) Los efectos se mantienen en los sgs (sin diagnóstico) Completan tratamiento: TEPT (87% a los 3 meses/81% a los 6) Tamaños del efecto: Magnitud muy alta al <i>post</i> Intragrupo: Inician tratamiento=1.51/Grupo Control=0.18 Completan tratamiento=3.43/Grupo Control=0.24 Intergrupo: Inician tratamiento vs. Control=1.45 Completan tratamiento vs. Control=2.87 Tasa de abandono: 23% y 12% al <i>post</i> en G1 y G2 respectivamente de las que inician tratamiento (86%). El 80% completan el tratamiento.

Tabla 2.2. Continuación

Estudio	Características del estudio	Tipo de Estudio	Objetivo de tratamiento	Resultados
Gilbert et al. (2006)	N=34 (Programa de mantenimiento de metadona, maltrato actual) Formato: Grupal Duración: 11 sesiones (120') 1 sesión individual Frecuencia: 2 semanas Sgs: 3 meses	Enfoque: Programa Recaída, Prevención y Seguridad en las Relaciones (RPRS), Teoría socio-cognitiva Componentes: Reducción consumo de tóxicos y promoción de la seguridad, fomento del fortalecimiento personal (afrentamiento y establecimiento de límites, negociación y comunicación) y prevención. Introduce elementos culturales vinculados a la muestra Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento (RPRS)/ G2: Control (sesión control informativa)	Depresión TEPT Riesgo de VIH Abuso de sustancias	Superioridad del grupo de tratamiento (G1) en el seguimiento a los tres meses. Mejoran todas las variables dependientes, significativamente se reduce la depresión, tendencia de mejora en síntomas de evitación del TEPT y reducción del uso de drogas en general, y especialmente en consumo de alcohol y crack. Las participantes del G1 tenían 5 veces menos probabilidades de experimentar cualquier tipo de abuso y siete veces menos probabilidades de violencia por la pareja. Tasa de abandono: 9%
Reed y Enright (2006)	N=20 (Publicidad, muestra comunitaria, maltrato emocional) Formato: Individual Duración: 8 meses (rango 5 a 12 meses), no especifica número de sesiones (varía según caso) Frecuencia: No especifica Sgs: 8.4 meses solo G1	Enfoque: Terapia del Olvido Componentes: Definir perdón, Reconciliación, Emociones psicológicas de defensa (ira, vergüenza, culpa...), ensayo cognitivo, compromiso de perdonar, duelo y pérdida como consecuencias de los abusos, reformulación de la pareja abusiva, etc. Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento (Modelo Proceso del Perdón de Enright) / G2: Control (terapia alternativa: discusión sobre abuso y habilidades interpersonales)	Perdón (escala) Autoestima Depresión Ansiedad Competencias cognitivas (decisiones cotidianas, narrativa, significado del sufrimiento)	Terapia del olvido superior a terapia alternativa Post: Mejoran todas las variables dependientes Sg 8.4 meses: Los efectos se mantienen en el G1 que reciben Terapia del Olvido, mejorando la autoestima y ansiedad. Tamaños del efecto al post altos, inter-tratamiento (d de Cohen): perdón (1.83), autoestima (0.68), ansiedad-rasgo (0.77), dominio del medio ambiente (0.58), depresión (0.59) y significado del sufrimiento (0.74) Tasa de abandono: 0%
Johnson y Zlotnick (2006)	N=18 (Muestra de Casas de Acogida) Formato: Individual Duración: 9-12 sesiones Frecuencia: 2 veces semana Sgs: 3 y 6 meses	Enfoque: TCC HOPE (<i>Helping to Overcome PTSD with Empowerment</i>) Intervención Psicosocial Componentes: 1) Seguridad, cuidado personal y protección, 2) recuerdo y duelo, y 3) reconexión. Estrategias de Afrontamiento y Empoderamiento Personal, no incluye exposición Diseño: Pre-experimental (Estudio Piloto) Condiciones de Intervención: G1: tratamiento	Severidad TEPT Depresión Uso efectivo de recursos Ajuste social general	Se reducen todas las variables dependientes y los efectos se mantienen en los sgs. Necesidad de tratamiento adicional para el TEPT en 60% de los casos. Tamaño del efecto alto al post: 1.05 Tasa de abandono post: 39% y seguimiento: 44%
Arinero (2006)	N=78 (Muestra de recursos específicos de violencia) Formato: Individual y/o grupal Duración: 8 sesiones (60'-90') Frecuencia: semanal Sgs: 12 meses	Enfoque: TCC Componentes: Psicoeducación sobre la violencia en las relaciones y sus consecuencias, ejercicios de respiración diafragmática, técnicas de mejora de autoestima, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, programación de actividades agradables Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: 2 grupos de tratamiento grupal (G1= TCC+HHCC y G2=TCC+Exposición) y 1 individual (G3)	TEPT Depresión Ansiedad Autoestima Ira Cogniciones Postraumáticas	Mejoran todas las variables dependientes y aumenta autoestima, al post y sgs seguimiento Tamaños del efecto post: TEPT (G1=2.12/G2=1.47/G3=2.55) Depresión (G1=1.98/G2=0.89/G3=1.55) Ansiedad (G1=0.60/G2=0.48/G3=1.51) Autoestima (G1=0.25/G2=0.33/G3=1.10) Ira (G1=0.23/G2=0.67/G3: 0.55) Cogniciones Postraumáticas (G1=0.26/G2=0.41/G3=1.309) Tasa de abandono post: G1=24%/G2=28.6%/G3=20%

Tabla 2.2. Continuación

Estudio	Características del estudio	Tipo de Estudio	Objetivo de tratamiento	Resultados
Labrador et al. (2006, 2009a)	N=20 (Muestra de recursos específicos de violencia) Formato: Individual Duración: 8 sesiones (60') Frecuencia: semanal Sgs: 1, 3 y 6 meses	Enfoque: TCC Componentes: Psicoeducación, control activación, Exposición, Restructuración Cognitiva, solución de problemas, mejora autoestima Diseño: Cuasi-Experimental Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento: 2 grupos experimentales con diferente orden de aplicación de los componentes G2: Control-lista de espera	TEPT Depresión Autoestima Inadaptación Cogniciones Postraumáticas	Tratamiento superior al grupo control Se reducen las variables dependientes (sin diagnóstico) <i>Post:</i> (TEPT: 80% / Depresión: 62%) <i>Sg 6 meses:</i> (TEPT: 80% / Depresión: 50%) Mejora autoestima (<i>Post:</i> 50% / Seguimiento 6 meses: 62.5%) Cogniciones postraumáticas e inadaptación no presentan cambios significativos al <i>post</i> excepto en la vida social No se encuentran diferencias entre los grupos experimentales Tasa de abandono <i>post y sgs:</i> 20%
Alonso (2007)	N=103 (Muestra derivada de recursos específicos de violencia) Formato: Grupal Duración: 8 sesiones (90') Frecuencia: semanal Sgs: 1, 3, 6 y 12 meses	Enfoque: TCC Componentes: Psicoeducación, control activación, Exposición, Restructuración Cognitiva, solución de problemas, mejora autoestima, entrenamiento en asertividad Diseño: Cuasi-Experimental Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento G2: Control-lista de espera	TEPT Depresión Autoestima Ansiedad Ira Cogniciones Postraumáticas	Tratamiento superior al grupo control Se reducen las variables dependientes (sin diagnóstico) <i>Post:</i> TEPT (Finalizan tratamiento: 68.1% / Inician: 56.3%) Depresión (Finalizan tratamiento: 41.7%) Ansiedad (Finalizan tratamiento: 30.6%) <i>Sg 12 meses:</i> TEPT (Finalizan tratamiento: 85.2% / Inician: 58.7%) Depresión (Finalizan tratamiento: 57.9%) Ansiedad (Finalizan tratamiento: 47.5%) Mejoran autoestima, adaptación y cogniciones postraumáticas Tamaños del efecto altos (uso de eta) en comparaciones intrasujeto para el grupo de tratamiento en todas las medidas Tasa de abandono <i>post:</i> 14.8%
Iverson et al. (2009)	N=46 (Recursos comunitarios y específicos de violencia) Formato: Grupal Duración: 12 sesiones (120') Frecuencia: semanal Sgs: no se realizan	Enfoque: Terapia Conductual Dialéctica Componentes: Mindfulness, Regulación emocional, tolerancia al malestar, autovalidación, efectividad interpersonal Diseño: Pre-Experimental (Estudio Piloto) Condiciones de Intervención: Un solo grupo de tratamiento	Depresión Desesperanza Síntomatología psicopatológica Ajuste social	Mejoran todas las variables dependientes Tamaños del efecto (d de Cohen): <i>Post:</i> Depresión (0.54)/Desesperanza (0.42)/ Ajuste social (0.53) / Síntomatología psicopatológica (0.78) Tasa de abandono <i>post:</i> 32%
Labrador y Alonso (2010)	N=23 (Muestra derivada de recursos específicos de violencia) Formato: Grupal Duración: 8 sesiones (90') Frecuencia: semanal Sgs: 1, 3, 6 y 12 meses	Enfoque: TCC Componentes: Psicoeducación, control activación, Exposición, Restructuración Cognitiva, solución de problemas, mejora autoestima, entrenamiento en asertividad Diseño: Cuasi-Experimental Condiciones de Intervención: G1: Grupo tratamiento (mujeres inmigrantes) G2: Grupo control-lista de espera	TEPT Depresión Autoestima Ansiedad Ira Cogniciones Postraumáticas	Tratamiento superior al grupo control Se reducen las variables dependientes (sin diagnóstico) <i>Post:</i> finalizan el tratamiento TEPT (70%) / Depresión (40%) / Ansiedad (50%) y <i>Sg 12 meses:</i> TEPT (60%) / Depresión (62.5%) / Ansiedad (75%). Mejoran autoestima, adaptación y cogniciones postraumáticas Tamaños del efecto altos (uso de eta) en comparaciones intrasujeto para el grupo de tratamiento en todas las medidas Tasa de abandono <i>post:</i> 13%
Crespo y Arinero (2010)	N=53 (Muestra de recursos específicos de violencia) Formato: Grupal Duración: 8 sesiones (90') Frecuencia: semanal Sgs: 1, 3, 6 y 12 meses	Enfoque: TCC Componentes: Comunes a las condiciones de intervención (ver Arinero, 2006) Diseño: Cuasi-Experimental Condiciones de Intervención: G1:Componentes comunes + Exposición y G2: Componentes comunes + Técnicas de comunicación	TEPT Depresión Ansiedad Autoestima Ira	Mejora en todas las variables dependientes en ambos grupos Superioridad en G2 en síntomas TEPT y los efectos se mantienen en los sgs Tamaños del efecto: <i>Post:</i> TEPT (G1=1.47/G2=2.12) / Depresión (G1=0.87/G2=1.98) /Ansiedad (G1=0.48/G2=0.60) / Autoestima (G1=0.33/G2=0.25) / Ira (G1=0.67/G2=0.23) <i>Sg 12 meses:</i> TEPT (G1=2.74/G2=3.82) / Depresión (G1: 2.27/G2: 2.53) / Ansiedad (G1=2.26/G2=2.06) / Autoestima (G1=1.61/G2=0.12) / Ira (G1=0.95/G2=0.14) Tasa de abandono <i>post:</i> 26%

Tabla 2.2. Continuación

Estudio	Características del estudio	Tipo de Estudio	Objetivo de tratamiento	Resultados
Kaslow et al. (2010)	N=208 (Muestra derivada de ámbito universitario y sanitario hospitalario) Formato: Grupal Duración: 10 sesiones (90') Frecuencia: semanal Sgs: 6 y 12 meses	Enfoque: Intervención Psicoeducativa focalizada en el empoderamiento Componentes: ver condiciones intervención Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Programa tratamiento (Resiliencia, Solución de Problemas, Autoeficacia, Conectores sociales y otros factores de protección que fortalezcan el afrontamiento) y G2: Terapia Habitual (atención médica y psiquiátrica ambulatoria y apoyo grupal para suicidio y violencia)	Revictimización Depresión Síntomas traumáticos Ideación suicida Distrés psicológico general	Intervención Psicoeducativa/Cultural focalizada en el empoderamiento superior a terapia habitual <i>Post:</i> Disminución más rápida de síntomas depresivos, malestar general y menor ideación suicida para el G1 <i>Sgs:</i> Se mantienen efectos en depresión (superioridad del G1) Tasa de abandono <i>post:</i> 33.8% no completa la totalidad del tratamiento para el G1. <i>Sgs:</i> G1 (24.6%) y G2 (48.3%)
Zlotnick et al. (2011)	N=54 (Atención primaria y clínicas privadas) Formato: Individual Duración: 4 sesiones (60') en embarazo/ 1 sesión dos semanas tras parto Frecuencia: 2 semanales Sgs: 4 semanas y 3 meses tras parto	Enfoque: Terapia Interpersonal Componentes: ver condiciones intervención Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento: Terapia Interpersonal (psicoeducación sobre relaciones violentas y maternidad y depresión postparto, manejo de estrés e incremento del soporte social) G2: Control: Terapia Habitual (material educativo y listado de recursos comunitarios para la violencia y depresión postparto)	TEPT Depresión	No se obtienen diferencias significativas entre los grupos Se observa cierta tendencia que indica menores síntomas depresivos y TEPT durante el embarazo en el G1 Tasa de abandono <i>post:</i> 15% para el G1.
Johnson et al. (2011)	N=70 (Casas de Acogida) Formato: Individual Duración: hasta 12 sesiones (90'). La exposición promedio fue de 6.8 sesiones Frecuencia: 2 semanales Sgs: 3 y 6 meses	Enfoque: TCC HOPE Componentes: ver condiciones de intervención Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Mejora del TEPT a través de HOPE: TCC centrada en Estrategias de Afrontamiento y Empoderamiento Personal, no incluye exposición) G2: Tratamiento habitual (Servicio estándar de acogida: grupos de apoyo y educativos y orientación al tratamiento en la comunidad)	TEPT Depresión Apoyo social Acceso a recursos	G1 (HOPE) superior a G2 en: <i>Post:</i> Menores niveles de embotamiento emocional, síntomas depresivos y mayor empoderamiento y apoyo social <i>Sgs:</i> Menor prevalencia de diagnóstico de TEPT (16% para G1 y 46% para G2) a los 3 meses y menor revictimización física (47% para G1 y 82% para G2) a los 6 meses Tamaños del efecto (d de Cohen): <i>Post (Inician tratamiento-Intergrupo):</i> TEPT: 0.59 / Depresión: 0.94 / Apoyo social: 0.65 Tasa de abandono <i>post:</i> 7%. <i>Sgs:</i> 3%, 6% y 5% a la semana, 3 meses y 6 meses respectivamente
Cáceres (2011)	N=120 (Recursos específicos de violencia) Formato: Grupal Duración: 8 sesiones (100-120') Frecuencia: semanal Sgs: 1, 3, 6 y 12 meses	Enfoque: TCC focalizado en el trauma Componentes: Psicoeducación, control activación, Exposición, Reestructuración Cognitiva, entrenamiento asertivo y afrontamiento Diseño: Cuasi-Experimental Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento / G2: Control / G3: No violencia	TEPT Depresión Autoestima Inadaptación Cogniciones Postraumáticas	Tratamiento superior a grupos 2 y 3. Se reducen las variables dependientes y los efectos se mantienen en los sgs Tamaños del efecto (g de Hedges) para el G1: <i>Post:</i> TEPT (2.11) / Depresión (0.90) / Ansiedad (1.16) / Autoestima (1.66) / Inadaptación (0.95) / Cogniciones Postraumáticas (1.09) Tasa de abandono <i>post:</i> 12%
Cáceres et al. (2011)	N=73 (Recursos específicos de violencia) Formato: Grupal Duración: 8 sesiones Frecuencia: semanal Sgs: 1, 3, 6 y 12 meses	Enfoque: TCC focalizado en el trauma Componentes: ver Cáceres (2011) Diseño: Pre-Experimental Condiciones de Intervención: Un solo grupo de tratamiento	TEPT Depresión Autoestima Inadaptación Cogniciones Postraumáticas	Se reducen las variables dependientes y los efectos se mantienen en los sgs Tamaños del efecto (g de Hedges): <i>Post:</i> TEPT (2.07) / Depresión (1.07) / Ansiedad (1.33) / Autoestima (1.58) / Inadaptación (1.24) / Cogniciones Postraumáticas (1.17) y <i>Sg 12 meses:</i> TEPT (1.98) Tasa de abandono <i>post:</i> No se especifica

Nota: TCC= Terapia Cognitivo-Conductual, TEPT= Trastorno de Estrés Postraumático, Post= Postratamiento, Sgs= Seguimientos, ECA=Ensayo Controlado Aleatorizado

Tabla 2.3. Resumen de los principales Estudios (publicados en los últimos 15 años) que examinan la efectividad de Programas de Intervención Comunitaria para mujeres víctimas de violencia de pareja

Estudio	Características del estudio	Tipo de Estudio	Objetivo de tratamiento	Resultados
Sullivan y Bybee (1999)	N=278 (Muestra de Casas de Emergencia) Formato: Individual Duración: 10 semanas (6.4 horas por semana) Frecuencia: semanal Sgs: 6, 12 y 24 meses	Enfoque: Programa de Apoyo Comunitario Componentes: Apoyo/supervisión dirigido a cubrir necesidades de vivienda, empleo, asistencia legal, soporte social, educación, salud, financiera y recursos para los hijos/as Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento / G2: Control	Revictimización Calidad de vida Síntomas Depresivos Apoyo social percibido Uso efectivo de recursos	Tratamiento superior al grupo control <i>Post:</i> Menor exposición a violencia física, mayor calidad de vida, menos síntomas depresivos, incremento apoyo social y mayor eficacia en la efectividad para la obtención de recursos. Sin efecto para la exposición al maltrato psicológico <i>Sg 24 meses:</i> se mantiene el efecto para la calidad de vida y apoyo social. La revictimización física se produce en el 89% del G2 vs. el 76% del G1 Tasa de abandono: 5%
McFarlane et al. (2000)	N=329 (Muestra de contexto sanitario: violencia física y/o sexual durante o previa al embarazo) Formato: Mixto Duración: periodo gestacional Frecuencia: no determinada, depende de la condición de intervención Sgs: 2, 6, 12 y 18 meses	Enfoque: Programa de Apoyo Comunitario Componentes: ver condiciones de intervención Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Extenso (Orientación integral: jurídica, educativa, sanitaria, apoyo ilimitado a recursos personalizado) / G2: Orientación (Acceso ilimitado no personalizado al entorno clínico con asistencia jurídica, educativa y social) / G3: Breve (informativo sobre recursos de la comunidad y folleto-equivalente a grupo control)	Revictimización física y emocional Uso efectivo de recursos	<i>Post y Sg 18 meses:</i> No se observaron diferencias sustanciales entre los grupos en las medidas de resultado al inicio del estudio. Indican que no hay evidencia de que las sesiones de apoyo faciliten el acceso y/o uso efectivo de los recursos, pero sí la obtienen para la reducción de la revictimización emocional a corto/medio plazo Tasa de abandono: G1=22%, G2=26%, G3=17%
Jouriles et al. (2001)	N=36 (Muestra de Casas de acogida: madres con hijos de 4-9 años) Formato: Individual Duración: 8 meses (23 horas de media por participante) Frecuencia: semanal Sgs: 4, 8, 12 y 24 meses	Enfoque: Programa de Apoyo Comunitario Componentes: Apoyo/supervisión instrumental en necesidades: vivienda, recursos físicos, apoyo social y habilidades de gestión con los hijos Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento / G2: Control (contacto mensual informativo)	Revictimización física Síntomatología psicopatológica	<i>Post:</i> No se observaron diferencias sustanciales entre los grupos en las medidas de resultado al inicio del estudio <i>Sg 12-24 meses:</i> El grupo que recibe apoyo muestra menor exposición a la victimización física que el grupo control Tasa de abandono: 16.6%
Sullivan et al. (2002)	N=80 (Muestra de Servicios Sociales y otras organizaciones familiares y/o comunitarias) Formato: Grupal Duración: 16 semanas (2.7 horas/semana con madres y 5.2 con hijos) Frecuencia: semanal Sgs: 4 meses	Enfoque: Programa de Soporte Social Componentes: Apoyo/supervisión instrumental en necesidades: vivienda, empleo, asistencia legal, soporte social, educación, salud, financiera y recursos para los hijos/as Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento / G2: Control	Revictimización Calidad de vida Síntomas Depresivos Apoyo social percibido Autoestima	Tratamiento superior al grupo control <i>Post:</i> Efecto multivariado marginal para la madre en el bienestar (calidad de vida, apoyo social, depresión, autoestima y revictimización) y <i>Sg 4 meses:</i> contrastes significativos indican cambios superiores en los síntomas depresivos, autoestima, calidad de vida y más rápidos en el apoyo social y revictimización (menor exposición a episodios violentos) Tasa de abandono: 5%
McFarlane et al. (2002)	N=150 (Muestra de contexto judicial: Orden de Protección) Formato: Individual Duración: 8 semanas Frecuencia: 6 sesiones en G1, 1 sesión en G2 Sgs: 6, 12 y 18 meses	Enfoque: Programa de Entrenamiento en Conductas de Seguridad Componentes: Estrategias seguridad Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento / G2: Control (Tratamiento habitual)	Conductas de seguridad	<i>Post y Sg 12 meses:</i> Superioridad del G1 frente al G2 en ambos momentos de intervención Tasa de abandono: G1=0%, G2=0.6%

Tabla 2.3. Continuación

Estudio	Características del estudio	Tipo de Estudio	Objetivo de tratamiento	Resultados
Constantino et al. (2005)	N=24 (Muestra de Casas de Acogida) Formato: Individual Duración: 8 sesiones (90') Frecuencia: semanal Sgs: No se especifican	Enfoque: Programa de Apoyo Comunitario Componentes: Mejorar autoestima, facilitar acceso a recursos, fomentar el soporte social Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento / G2: Control	Apoyo social Malestar psicológico Salud	Tratamiento superior al grupo control <i>Post:</i> Mayor cambio en grupo experimental de todas las variables estudiadas. Tasa de abandono: 18%
McFarlane et al. (2006)	N=360 (Muestra de contexto sanitario) Formato: Individual Duración: intervalos de 6 meses durante 2 años Frecuencia: 5 sesiones en G1 de 20' (media de 100'), G2 1 sesión Sgs: 6, 12, 18 y 24 meses	Enfoque: Programa Preventivo de Apoyo Comunitario Componentes: Entrenamiento en conductas de independencia, seguridad y otras necesidades de las participantes (Objeto: Empoderamiento) Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento / G2: Control (Tratamiento habitual-información de recursos y documentación informativa básica)	Revictimización física y emocional Conductas de seguridad Riesgo de homicidio Acceso a recursos	<i>Post y Sg12 meses:</i> Superioridad del G1 frente al G2 en ambos momentos de intervención en relación al uso de conductas de seguridad y acceso a recursos. Beneficio asociado al entrenamiento en técnicas/estrategias de seguridad. Sin evidencia relativa a la reducción de la revictimización física o emocional o el riesgo de homicidio Tasa de abandono: G1=11%, G2=12%
Franzblau et al. (2008)	N=40 (Muestra comunitaria, maltrato en los últimos 2 años) Formato: Individual Duración: 4 días consecutivos (45' las condiciones 1 y 2 y 90' la condición 3) Frecuencia: diaria Sgs: no se realizan	Enfoque: Intervenciones Integradoras de conexión mente-cuerpo en la reducción del trauma Componentes: facilitación del testimonio (describir el abuso y tipo de afrontamiento) Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Dar testimonio / G2: Respiración yóguica / G3: Dar testimonio + Respiración yóguica / G4: Control	Depresión	La condición de las dos estrategias combinadas (G3) se muestra superior en los resultados de depresión frente al grupo control (G4). También el grupo G2 muestra resultados pre-post positivos en la reducción de los síntomas depresivos. Tasa de abandono: 0%
Bair-Merritt, Jennings, Chen, Burrell, McFarlane y Fuddy (2010)	N=643 (Muestra de Servicios de Protección de Menores) Formato: Familiar Duración: 3 años (media 13.6 visitas en el primer año) Frecuencia: semanal inicialmente, esporádicos posteriormente Sgs: 1, 2, 3, 7, 8 y 9 años tras el nacimiento de los hijos	Enfoque: Programa de Salud Domiciliario Componentes: Educación para la salud y desarrollo infantil, modelos de conducta para padres, resolución de problemas y apoyo emocional Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento / G2: Control	Revictimización física	Tratamiento superior al grupo control <i>Post (3 años):</i> Disminuye la victimización física Sgs: Se mantiene esta diferencia entre grupos hasta el 7º año, después no son significativas Tasa de abandono a los 9 años de sg: 9% (datos perdidos de evaluaciones específicas variaron de 11 a 31%)
Hegarty et al. (2013b)	N=272 (Muestra comunitaria-detección en centros de salud) Formato: Individual Duración: 1 a 6 sesiones (30') Frecuencia: variable, sesiones estructuradas en periodo de 6 meses Sgs: 6 y 12 meses	Enfoque: Programa de Salud Ambulatorio Componentes: Orientación/Consejo médico/profesional sobre los problemas emocionales y de relación Diseño: Experimental (ECA) Condiciones de Intervención: G1: Tratamiento / G2: Control (Tratamiento habitual)	<i>Primarios:</i> Calidad de vida Salud Mental Conductas de seguridad <i>Secundarios:</i> Ansiedad Depresión	No se observan diferencias entre los grupos en los objetivos primarios en los momentos de Superioridad del grupo de tratamiento a los 12 meses en medidas secundarias como los síntomas depresivos y las conductas de seguridad de mujeres e hijos. Diferencias observadas en ansiedad y comodidad para hablar sobre el miedo, pero no significativas. Tasa de abandono a los 12 meses: 30% y 26% para G1 y G2 respectivamente

Nota: Post= Postratamiento, Sgs= Seguimientos, ECA=Ensayo Controlado Aleatorizado

3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

3.1. Definición

3.1.1. Definición según los Sistemas de Clasificación Internacional

El TEPT inicia su recorrido en las clasificaciones diagnósticas internacionales hace más de 30 años. Durante este periodo se han producido sustanciales cambios y mejoras en la comprensión y capacidad descriptiva del cuadro, en relación a los síntomas, al diagnóstico, e incluso en la caracterización del acontecimiento traumático asociado. Las Clasificaciones Diagnósticas Internacionales derivadas de las principales instituciones, como la American Psychiatric Association (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), siguen mostrando diferencias en relación al diagnóstico del TEPT. Las tablas 3.1 y 3.2 presentan de modo abreviado los criterios para el diagnóstico del TEPT según los sistemas de clasificación DSM-V y DSM-IV-TR (APA, 2000, 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 2000; WHO, 1992).

El DSM-V introduce cambios relevantes en los criterios A, B, C y D, e incorpora un nuevo criterio en relación a la sintomatología, criterio E. La definición de acontecimiento traumático, Criterio A1, es quizás el punto más discutido de la evolución nosológica del diagnóstico del trastorno. En cada versión se introducen modificaciones que necesariamente evolucionan a la consideración del modo en que la persona ha sido expuesta al evento traumático. Así, desde la minimización de la vulnerabilidad psicológica en el DSM-III al énfasis de la respuesta de la persona ante el acontecimiento traumático en el DSM-IV y DSM-IV-TR. El DSM-V se inclina por describir el modo de exposición, ya sea experimentación propia, como testigo, o cómo conocedor de la experiencia a una persona allegada. En cualquier caso el trauma debe haber sido accidental y/o haber experimentado una exposición repetida o extrema a los detalles del mismo, sin que la exposición a través de medios audiovisuales o electrónicos pueda incluirse a no ser que éstos estén relacionados con una exposición en el trabajo. Eliminan el criterio A2 sobre la

reacción emocional al evento, fundamentándose en la escasa utilidad de éste para el diagnóstico.

De este modo, la definición del trauma desde el DSM-V se acerca más a la considerada por la CIE-10 y a las propuestas formuladas por algunos autores en relación al criterio A1 (p.ej. Kilpatrick, Resnick y Acierno, 2009; North, Suris, Davis y Smith, 2009; Robinson y Larson, 2010). Kilpatrick et al. (2009) se inclinan por mantener, e incluso ampliar, el criterio A, justificando que el TEPT no es un trastorno que se produzca de forma espontánea en la naturaleza sino que va a desarrollarse siempre como consecuencia de la exposición a un trauma y que el tipo de trauma debe ser evaluado con flexibilidad para cubrir posibles eventos no considerados por el DSM hasta ahora. Brewin, Lanius, Novac, Schnyder y Galea (2009) por el contrario, proponen la supresión del criterio puesto que consideran que este cuadro no es exclusivo de la exposición a un evento traumático, indicando que la literatura asocia el trauma con una alta prevalencia de otros trastornos, como la depresión, ansiedad generalizada, trastorno de pánico y abuso de sustancia (Fullerton y Ursano, 2005).

En relación al Criterio B, se modifica la redacción del criterio B3 reconociendo las reacciones disociativas (aclara que los flashbacks son reacciones disociativas). Lanius et al. (2010) ya insistían en la incorporación de un subtipo de TEPT caracterizado por la sobremodulación (exceso de inhibición) de las emociones, que implicaría una desconexión subjetiva del contenido emocional de la memoria traumática a través de la despersonalización o desrealización al exponerse a un recuerdo traumático. Parece que las poblaciones con mayor probabilidad de presentar este tipo de sintomatología son aquellas que han sufrido un trauma crónico, siendo especialmente frecuente la presencia de disociación en adultos que han experimentado abuso físico o sexual en la infancia temprana (Chu, Frey, Gatzel y Matthews, 1999; Lanius et al., 2010).

Respecto al Criterio C, se desdobra y reduce a dos, Evitación y Embotamiento y se reduce el umbral de 3 a 1 síntoma. Hay dos líneas de investigación con evidencia empírica que sostienen la distinción entre estas categorías de síntomas, la estructura factorial que presentan las categorías, los efectos diferenciales del tratamiento o el pronóstico (Asmundson, Stapleton y Taylor, 2004).

Tabla 3.1. Criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-V y cambios respecto al DSM-IV-TR

DSM-IV-TR		DSM-V	
Criterio A	A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):	A. La persona ha estado expuesta a muerte o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, en una (o más) de las siguientes maneras:	Criterio A
	A1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás	1. Experimentar el evento/s por sí mismo 2. Ser testigo, en persona, de que el evento/s ha ocurrido a otros 3. Saber que el evento traumático ocurrió a un familiar o persona cercana. En este caso, la muerte o amenaza debe haber sido violenta o accidental 4. Experimentar la exposición repetida o aversión extrema a los detalles del evento (por ejemplo, los primeros en responder o recoger las partes del cuerpo, los agentes de policía expuestos repetidamente a los detalles de abuso a menores) Nota: el Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de los medios electrónicos, televisión, películas o imágenes, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo	
Criterio B	A2. La persona ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos	Se elimina	Criterio B
	B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:	B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas intrusivos que están asociados con el evento/s traumático/s, comenzando después de producirse el evento/s traumático/s:	
	B1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones	B1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios, e intrusivos del evento/s traumático/s	
	B2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar	B2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o afecto del sueño está relacionado con el evento/s traumático/s	
	B3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)	B3. Reacciones disociativas (p. ej. "flashbacks") en las que el individuo se siente o actúa como si el evento traumático/s estuviera ocurriendo (Estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, con la expresión más extrema de ser una completa pérdida de la conciencia del entorno actual)	
Criterio C	B4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático	B4. Malestar psicológico intenso o prolongado cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento/s traumático/s	Criterio C
	B5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático	B5. Marcadas reacciones fisiológicas a los estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento/s traumático/s	
	C. Evitación persistente de estímulos asociados con el trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y cómo indican tres (o más) de los siguientes síntomas:	C. Evitación persistente de estímulos asociados con el evento/s traumático/s, comenzando después de producirse el acontecimiento/s traumático/s, como evidencia uno o ambos de los siguientes:	
	C1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático	C1. Evitar o hacer esfuerzos para evitar recuerdos dolorosos, pensamientos o sentimientos sobre o estrechamente asociados con el evento/s traumático/s	Criterio D
	C2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma	C2. Evitar o hacer esfuerzos para evitar estímulos externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos dolorosos, pensamientos o sentimientos sobre o estrechamente asociados con el evento/s traumático/s	
	C3. Incapacidad para recordar un aspecto importantes del trauma	Pasa al criterio D	Criterio D
		D. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo que se asocian con el evento/s traumático/s, comenzando o empeorando después de producirse el acontecimiento/s traumático/s, como se evidencia por dos (o más) de los siguientes:	
		D1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento/s traumático/s (por lo general debido a la amnesia disociativa y no a otros factores como lesiones craneales, alcohol y/o drogas)	
	C7. Sentimientos de futuro limitado (p.ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)	D2. Persistentes y exageradas expectativas o pensamientos negativos sobre uno mismo, los demás, o el mundo (p.ej., "estoy mal", "no se puede confiar", "mi sistema nervioso está permanentemente en ruinas", "el mundo es completamente peligroso")	

Tabla 3.1.Continuación

DSM-IV-TR		DSM-V	
Criterio C		D3. Cogniciones persistentes y distorsionadas sobre la causa o consecuencias del acontecimiento/s traumático/s que llevan a la persona a culparse a sí misma o a los demás	Criterio D
		D4. Generalizado estado emocional negativo (p.ej., miedo, horror, ira, culpa o vergüenza)	
	C4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas	D5. Disminución acusada del interés o participación en actividades significativas	
	C5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás	D6. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás	
	C6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad de tener sentimientos de amor)	D7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p.ej., incapacidad para experimentar felicidad, satisfacción, o sentimientos de amor)	
Criterio D	D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausentes antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:	E. Alteraciones acusadas en la excitación y la reactividad que están asociados con el evento/s traumático/s, comenzando o empeorando después de producirse el acontecimiento/s traumático/s, como se evidencia por dos (o más) de los siguientes:	Criterio E
	D2. Irritabilidad o ataques de ira	E1. Comportamiento irritable o expresiones de ira (con escasa o nula provocación) típicamente expresado como una agresión verbal o física hacia personas u objetos	
		E2. Comportamiento imprudente o autodestructivo	
	D4. Hipervigilancia	E3. Hipervigilancia	
	D5. Respuestas exageradas de sobresalto	E4. Respuestas exageradas de sobresalto	
	D3. Dificultades para concentrarse	E5. Problemas con la concentración	
E y F	D1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño	E6. Los trastornos del sueño (p. ej. dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto)	F, G y H
	E. Estas alteraciones (Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes	F. La duración de estas alteraciones (Criterios B, C, D y E) es de más de un mes	
	F. Estas alteraciones provocan malestar clínico o significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo	G. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otro tipo de áreas importantes de funcionamiento	
		H. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. Medicamentos, alcohol) u otra condición médica	
Tipos. Especificar si: Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses / Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más		Tipos. Se elimina	
		Subtipos. Especificar si: Con síntomas disociativos: los síntomas del individuo cumplen criterios para trastorno de estrés postraumático, y además, en respuesta al estresor, la persona experimenta síntomas persistentes o recurrentes de alguno de los siguientes: 1. Despersonalización: experiencias persistentes o recurrentes de sentirse separado de sí mismo, de los propios procesos mentales o del propio cuerpo, como si uno mismo fuera su observador (p.ej. sensación de estar como en un sueño, sensación de irrealidad del yo o del cuerpo o del tiempo moviéndose lentamente) 2. Desrealización: experiencias persistentes o recurrentes de irrealidad del entorno (p.ej. el mundo en torno del individuo se experimenta como irreal, onírico, distante o distorsionado) Nota: para usar este subtipo, los síntomas disociativos no pueden ser atribuidos al efecto fisiológico de una sustancia (p.ej. desmayos, comportamiento durante una intoxicación de alcohol) u otra condición médica (p.ej. convulsiones parciales complejas)	
Inicio. Especificar si: De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses		Inicio. Especificar si: De expresión demorada: si los criterios de diagnóstico no se cumplen hasta por lo menos 6 meses después del evento/s (a pesar de que la aparición y expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos)	

Tabla 3.2. Criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático según la CIE-10

CIE-10	
A.	La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.
B.	Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
C.	Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.
D.	Una de las dos: <ul style="list-style-type: none"> 1- Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante 2- Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> a) dificultad para conciliar o mantener el sueño. b) irritabilidad c) dificultad de concentración. d) facilidad para distraerse e) sobresaltos y aprensión exagerados
E-	Los criterios B, C, y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin de periodo de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses, es necesario especificarlo).

En cuanto a los síntomas de cognición y estado de ánimo negativos, Criterio D, el DSM-V mantiene la amnesia disociativa, cogniciones postraumáticas negativas persistentes y exageradas (sobre sí mismo, el mundo y los demás), estado de ánimo negativo generalizado (culpa, miedo, vergüenza, rabia, etc.), disminución del interés por participar en actividades significativas, sensación de desapego e incapacidad para experimentar sensaciones positivas. Son necesarios tres síntomas.

El Criterio E es el anterior criterio D, en el que se incluyen los síntomas de hiperactivación, de los que se requiere la presencia de al menos 3 en adultos. En cuanto a los criterios temporales se mantienen los establecidos por las anteriores versiones, conservando el intervalo de un mes, a excepción de una mayor especificación para considerar un inicio demorado, en caso de que los criterios diagnósticos no se cumplan hasta que hayan pasado como mínimo seis meses.

Ambas propuestas de clasificación, DSM-V (APA, 2013) y CIE-10 (OMS, 2000) coinciden y difieren en algunos de los criterios diagnósticos. Entre los más reseñables están los siguientes:

- 1) Ambos sistemas exigen como condición necesaria para el diagnóstico de TEPT la identificación de un suceso estresante grave al que el individuo ha sido expuesto, sin embargo, en el DSM-V no se requiere que el acontecimiento sea de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica y elimina el anterior criterio A2 que

permitía utilizar un criterio subjetivo para determinar la intensidad de la respuesta emocional, de modo que no subraya el carácter perturbador más generalizado que para la CIE-10 requiere el cuadro.

- 2) En relación a los criterios, el DSM-V desdobra el criterio C y se conforma el cuadro en 4 grandes grupos sintomatológicos a diferencia de la CIE-10, que mantiene 3.
- 3) En relación a los síntomas, el DSM-V proporciona reglas diagnósticas explícitas y la CIE-10 respuestas que implican una pauta sintomatológica general. Ambos incluyen la reexperimentación y evitación como criterios necesarios, pero la hiperactivación solo sería indispensable para el diagnóstico según el DSM-V.
- 4) Ambos sistemas divergen en relación a los referentes temporales, la CIE-10 no establece una duración mínima de los síntomas y se fija un plazo de 6 meses después del acontecimiento traumático para la aparición de los síntomas. Ambos coinciden en que el TEPT de inicio demorado se produce cuando los síntomas comienzan al menos seis meses después de haber sufrido el trauma.

El DSM ha sido bastante difundido y utilizado en áreas de formación e investigación en nuestro país, mientras que el sistema de la OMS es de obligado cumplimiento en los estados miembros en el ámbito de la salud, dónde se incluye la salud mental. Parece necesario hacer decantar la balanza hacia uno u otro sistema de clasificación, no obstante, el actual proceso de revisión de ambos sistemas podría clarificar aspectos poco claros en la descripción del cuadro y plantear modificaciones en la misma dirección o propuestas innovadoras e integradoras.

3.1.2. Características clínicas del TEPT

La exposición a un evento traumático puede provocar una amplia gama de reacciones psicológicas, si bien, sigue siendo esencial el diagnóstico preciso del TEPT (Hawkins y Radcliffe, 2006).

Desde la inclusión del TEPT en las clasificaciones diagnósticas oficiales, se ha reconocido que su sintomatología conforma una entidad clínica patológica diferente de otras reacciones postraumáticas no patológicas. No obstante, un gran número de investigadores que estudian los efectos del trauma sobre el funcionamiento psicológico (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Luxenber, Spinazzola y Van der Kolk, 2001) han demostrado

que el TEPT recoge sólo un limitado aspecto de la psicología postraumática. Por otro lado, el DSM no distingue claramente entre la presentación clínica de la exposición a un solo trauma frente a uno múltiple (Busuttil, 2009), algunos expertos han argumentado que el diagnóstico del TEPT no es adecuado para las reacciones experimentadas por víctimas donde la traumatización se produce de forma repetida y/o extensa, condicionando el desarrollo de la personalidad del individuo (Briere, 1992; Herman, 1992a, 1992b). Parece que el diagnóstico de TEPT no captura los efectos del desarrollo en la exposición a traumas complejos (Cook et al., 2005; Van der Kolk, 2005), condicionando parte de los síntomas a diversas combinaciones de trastornos comórbidos (Van der Kolk et al., 2009).

Diversos autores (Brewin, Andrews y Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003) señalan algunas variables (p.ej. historia vital previa de la persona, estado de salud física y mental premórbido, apoyo social percibido durante el acontecimiento o recursos personales) que están relacionadas con la probabilidad de que la persona expuesta a un evento traumático presente sintomatología postraumática más allá de lo adaptativo, llegando a conformarse como factores predisponentes o predictivos en el desarrollo de un TEPT.

Uno de los rasgos específicos del TEPT es que la vivencia del individuo expuesto al evento traumático se refleja en un miedo intenso, sensación de incapacidad personal para superar el mismo, y la percepción de una amenaza para la integridad y dignidad personal (Cebrián, Mingote, Isla, Ruiz y Jurado, 2009). Echeburúa y Corral (1995) hacen referencia a los tres aspectos fundamentales que se mantienen en todas las personas que presentan TEPT: (1) la experiencia se mantiene anclada en la memoria, en forma de imágenes, pensamientos, recuerdos o pesadillas sobre lo sucedido. Pueden llegar a pensar que esa vivencia está ocurriendo de nuevo, teniendo dificultad para valorar si la situación es o no segura, con sensación de reiteración del peligro y favoreciendo de este modo la presencia de reacciones fisiológicas y/o psicológicas cuando se exponen a algún estímulo asociado al evento; (2) las personas afectadas tratan de evitar constantemente a personas, lugares o situaciones que le recuerdan el evento traumático, esforzándose por no pensar, sentir o tener imágenes relacionadas. Pueden llegar a olvidar parte/s del acontecimiento y llegar a sentirse embotados/as emocionalmente, incapacitándolos/as en la elaboración de la experiencia; y (3) como consecuencia a suceso, aparece un estado de alerta constante, dificultades para dormir, irritabilidad y problemas de concentración, que van asociados

generalmente a otros síntomas físicos recurrentes como dolores de cabeza y estómago. Labrador et al., (2004) añaden otras características que acompañan al TEPT como la amnesia disociativa (debido a sentimientos de vergüenza o culpa o dificultades de procesamiento y/o evocación de la información relacionada con el trauma), embotamiento (con dificultad para recibir y/o expresar intimidad o ternura), interferencia significativa en todas las áreas de funcionamiento y desinterés relacionado con todo lo que antes del evento resultaba atractivo.

La gran mayoría de los estudios analizan la presencia de sintomatología postraumática derivada de las descripciones de las clasificaciones diagnósticas, obviando algunos otros síntomas, como los sentimientos de culpa o la sensación de vivir en un lugar peligroso, a pesar de que diferentes investigaciones (Foa et al., 1999a; Herrero y Garrido, 2002; Labrador et al., 2010) señalan la presencia importante de estos síntomas en personas que han vivido un acontecimiento traumático.

Además, el análisis de las diferencias entre víctimas de diferentes acontecimientos, la descripción clínica del cuadro y la sintomatología que presentan puede arrojar diferencias en la prevalencia de unos síntomas sobre otros e incluso la probabilidad de desarrollar un TEPT (Breslau, Peterson, Poisson, Scheltz y Lucia, 2004; Gómez y Crespo, 2012; Kelley et. al, 2009). En esta línea, numerosos autores han señalado la variabilidad en cuanto a la presencia e intensidad de sintomatología postraumática en función del acontecimiento experimentado (Breslau, 2001; Chalfant, Bryant y Fulcher, 2004; Hidalgo y Davidson, 2000; Kang, Natelson, Mahan, Lee y Murphy, 2003; Levendosky y Grahman - Bermann, 2000; Mayou y Bryant, 2002; Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González y Galea, 2004; Norris, Watson, Byrne, Diaz y Kaniasty, 2002). Gómez y Crespo (2012) por el contrario, no encuentran diferencias en relación a la sintomatología postraumática o diagnóstico de TEPT entre víctimas de violencia psicológica, violencia física y accidentes, resultados que suponen una contradicción con la investigación previa.

3.1.3. Nuevas líneas/evolución sobre la estructura factorial del cuadro

El TEPT ha sido y es uno de los trastornos psicopatológicos que más controversia suscita en la opinión y producción científica. Se ha discutido sobre los límites del trastorno, los criterios diagnósticos, los supuestos centrales, la utilidad clínica y la prevalencia del mismo (Spitzer, First y Wakefield, 2007).

Los sistemas de clasificación diagnóstica intentan trabajar en una mejor descripción categorial de los síntomas del TEPT, basándose en la opinión de expertos y preservando una estructura principal del trastorno homogénea y en torno a las mismas categorías, aunque con algunas modificaciones.

El DSM-V (APA, 2013) pretende subsanar algunas de las dificultades que presenta el diagnóstico de TEPT en las anteriores ediciones. En el criterio A, mejora la definición de evento traumático y suprime el criterio A2 por escasa utilidad diagnóstica. El criterio B mantiene el número de síntomas y sin modificaciones sustanciales, aunque aporta una mayor clarificación en el carácter disociativo de los flashback. El criterio C se divide y distingue entre evitación (criterio C) y embotamiento (criterio D). En relación a la evitación solo será necesaria la presencia de un síntoma, comprendiendo un total de tres. El criterio D (embotamiento) incluye siete síntomas, cuatro derivados del anterior criterio C (sin modificaciones) y tres que suponen una reformulación o incorporaciones novedosas, como la sensación de futuro desolador, los sentimientos de culpa persistentes y estados emocionales negativos asociados como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza. El criterio E, recoge los cinco síntomas del criterio D de la versión anterior del DSM, con clarificaciones en la redacción de los mismos e incorpora un síntoma de comportamiento temerario o auto-destructivo (lo que iría en la línea de recoger la aportación de la CIE-10 sobre los factores agravantes del cuadro, como el consumo excesivo de alcohol o sustancias psicotropas) con un total de seis síntomas de los que es necesario cumplir al menos tres. Los criterios F y G (antes E y F) no sufren modificaciones, se incorpora un criterio H, para especificar que la alteración no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad. Se eliminan los tipos (agudo/crónico) y se especifica el TEPT de inicio demorado.

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en la versión número 11 (CIE-11), cuya publicación está prevista para el 2015 propone una nueva clasificación de trastornos relacionados específicamente con el estrés, entre los que se encuentra el TEPT (con criterios más estrictos) y el TEPT complejo. La propuesta para el TEPT es una versión simplificada, con tres síntomas centrales, esto es, re-experimentación, evitación y elevada percepción de la amenaza, eliminando los síntomas que se consideran más inespecíficos por formar parte de otros trastornos (Maercker et al., 2013). Estos tres síntomas deben haberse desarrollado tras la exposición a un evento de carácter extremadamente

amenazante, aunque los expertos sugieren que el diagnóstico no debe basarse exclusivamente en la determinación de si un suceso es o no traumático, sino en la presentación de los síntomas. Así, se pretende simplificar y facilitar el diagnóstico diferencial, incluyendo las reacciones normales a situaciones estresantes.

Por otro lado, la propuesta de la CIE-11 para el TEPT complejo es una nueva categoría reservada para reacciones extremas que son consecuencia de eventos traumáticos muy graves, prolongados en el tiempo o repetidos. El diagnóstico que se propone integra los tres elementos básicos del TEPT y se añade el acompañamiento de alteraciones duraderas en los ámbitos del afecto, el yo y las relaciones interpersonales. En esta misma clasificación y en relación al Estrés Agudo, el equipo de expertos considera que a pesar de que estas reacciones (emocionales, cognitivas y conductuales ante un evento excepcionalmente estresante) puedan ser de interés clínico, entran dentro del rango de la normalidad. Por ello sugieren su inclusión en la categoría de la CIE-11 que incluye problemas que necesitan algún tipo de apoyo clínico, pero que no son trastornos o enfermedades en sí mismos.

Las clasificaciones diagnósticas actuales se encuadran dentro del enfoque categorial, prestando atención a las reacciones psicológicas (patológicas o no patológicas) derivadas de un evento traumático (Broman-Fulks et al., 2009). Estos sistemas de clasificación no parecen recoger adecuadamente la estructura básica del trastorno y evidencian un peor ajuste en relación a otros modelos de carácter multidimensional (Yufik y Simms, 2010). Aunque existen algunos estudios que apoyan el modelo de tres factores del TEPT, como el derivado del DSM-IV (Anthony, Lonigan y Hecht, 1999; Anthony et al., 2005) y de dos factores (Asmundson, Wright, McCreary y Pedlar, 2003; Buckley, Blanchard y Hickling, 1998; Maes et al., 1998; Taylor et al., 1998) hay poco apoyo empírico para los mismos (Elhai y Palmieri, 2011).

Como consecuencia se han desarrollado nuevos Modelos de Clasificación basados en los resultados de investigaciones que han llevado a cabo análisis factoriales confirmatorios, aportando mejores estructuraciones (Asmundson, Frombach, McQuaid, Pedrelli, Lenox y Stein, 2000; Elhai, Biehn, Armour, Klopfer, Frueh y Palmieri, 2011; King, King, Fairbank, Keane y Adams, 1998a; McWilliams, Cox y Asmundson, 2005; Rasmussen, Smith y Keller, 2007; Simms, Watson y Boebbelin, 2002; Yufik y Simms, 2010), apoyadas por criterios empíricos. La mayoría de los investigadores coincide en la idoneidad de clasificar los

síntomas en dos o cuatro dimensiones, separando los síntomas de evitación y embotamiento afectivo.

King, Leskin, King y Weathers (1998b) presentan un modelo estructural basado en el embotamiento emocional que desdobra el factor de evitación en dos, evitación (C1 y C2) y embotamiento emocional (C3-C7), y mantienen reexperimentación e hiperactivación con la misma estructura que plantea el DSM-IV. Esta clasificación ha obtenido soporte en muestras de adultos expuestos a situaciones traumáticas de la población general (Cox, Mota, Clara y Asmundson, 2008; Elhai, Grubaugh, Kashdan y Frueh, 2008; Ford, Elhai, Ruggiero y Frueh, 2009; Grubaugh, Long, Elhai, Frueh y Magruder, 2010); veteranos de guerra (Elhai, Palmieri, Biehn, Frueh y Magruder, 2010; Mansfield, Williams, Hourani y Babeu, 2010; McDonald et al., 2008); pacientes médicos (Naifeh, Elhai, Kashdan y Grubaugh, 2008; Shelby, Golden-Kreutz y Andersen, 2005); víctimas de crímenes (Scher, McCreary, Asmundson y Resick, 2008), refugiados (Palmieri, Marshall y Schell, 2007); intervinientes en desastres (Palmieri, Weathers, Difede y King, 2007); ancianos (Schinka, Brown, Borenstein y Mortimer, 2007); estudiantes (Elhai, Gray, Docherty, Kashdan y Kose, 2007; Hoyt y Yeater, 2010) y adolescentes (Kassam-Adams, Marsac y Cirilli, 2010; Saul, Grant y Carter, 2008). Asmundson et al., (2000) llevan a cabo un análisis factorial confirmatorio para comparar cinco modelos teóricos, concluyendo que el modelo jerárquico de cuatro factores (reexperimentación, evitación, embotamiento e hiperactivación) es el que recoge de manera más adecuada la estructura de la sintomatología postraumática, mostrándose empíricamente superior a los otros modelos y a la descripción de tres grupos de síntomas que ofrece el DSM-IV. Más recientemente, Rasmussen et al., (2007) coinciden en la propuesta de un modelo estructural basado en embotamiento emocional del TEPT, con cuatro factores en los que distribuyen los síntomas de forma diferente: re-experimentación (B1-B5+D1, D3), evitación (C1-C2), embotamiento emocional (C3-C7) e hiperactivación (D2, D4-D5).

Posteriormente, Simms et al., (2002) desarrollan un modelo estructural basado en la disforia. Consta de cuatro factores, (intrusión, evitación, disforia/malestar general e hiperactivación) en el cual el criterio de hiperactivación incluye únicamente dos síntomas, D4 y D5, estando los síntomas D1, D2 y D3 agrupados junto con los síntomas de embotamiento afectivo (C3-C7) en un mismo factor que han denominado disforia o factor de malestar general y que se ha mostrado altamente relacionado con síntomas de

depresión y ansiedad generalizada. El factor de reexperimentación quedaría intacto, con 5 síntomas (B1-B5) y la evitación estaría constituida por dos síntomas (C1 y C2). Este modelo estructural se basa en la evidencia de que el TEPT es un trastorno de ansiedad y en consecuencia con un gran componente general de distres y disforia o malestar general, entendiéndolo como una extensión del enfoque teórico originalmente diseñado para explicar la comorbilidad de la ansiedad y la depresión (Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Clark y Watson, 1991; Mineka, Watson y Clark, 1998). Este modelo de clasificación estructural también ha recibido apoyo en muestras de adultos expuestos a traumas de la población general (Armour y Shevlin, 2010; Carragher, Mills, Slade, Teesson, y Silove, 2010; Elhai, Ford, Ruggiero y Frueh, 2009b; Shevlin, McBride, Armour y Adamson, 2009); veteranos de guerra (Engdahl, Elhai, Richardson y Frueh, 2011; Naifeh, Richardson, Del Ben y Elhai, 2010; Pietrzak, Goldstein, Malley, Rivers y Southwick, 2010); intervinientes en desastres (Palmieri, Weathers, et al., 2007b), duelo (Boelen, Van den Hout y Van den Bout, 2008; Elklit, Armour y Shevlin, 2009); víctimas de ataques terroristas (Baschnagel, O'Connor, Colder y Hawk, 2005); víctimas de accidentes (Elklit y Shevlin, 2007); violación (Elklit et al., 2009) y víctimas de violencia doméstica (Elhai et al., 2011; Krause, Kaltman, Goodman, y Dutton, 2007); estudiantes (Elhai et al., 2011; Elhai, Engdahl, Palmieri, Naifeh, Schweinle y Jacobs, 2009a) y adolescentes (Elhai et al., 2009b).

Los modelos de clasificación de King et al. (1998b) y Simms et al. (2002) son los formatos de cuatro factores que han recibido mayor apoyo, no obstante, se han desarrollado otros que aunque mantienen la división en cuatro factores no coinciden en la estructura factorial del TEPT (Gargurevic, Luyten, Fils y Corveleyn, 2009; King, Orazem, Lauterbach, King, Hebenstreit y Shalev, 2009; McDonald et al., 2008; McWilliams, Cox y Asmundson, 2005; Olf, Sijbrandij, Opmeer, Carlier y Gersons, 2009).

Yufik y Simms (2010) publican un metaanálisis sobre los factores estructurales del TEPT, concluyendo que los modelos de clasificación de cuatro factores son los que mejor se ajustan y destacan que el modelo de la disforia de Simms et al. (2002) es más consistente a pesar de que los índices de ajuste entre la mayoría de los modelos son muy similares.

La tabla 3.3 ilustra el mapa de ítems para los alternativos modelos de clasificación estructural de síntomas de TEPT.

Tabla 3.3. Mapa de ítems para los alternativos modelos de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

Síntomas DSM-IV/DSM-IV-TR para TEPT (contenido abreviado)	Modelo		
	1	2	3
B1. Pensamiento intrusivos sobre el trauma	R	R	R
B2. Sueños recurrentes sobre el trauma	R	R	R
B3. Flashbacks	R	R	R
B4. Reactividad emocional a señales del trauma	R	R	R
B5. Reactividad fisiológica a señales del trauma	R	R	R
C1. Evitación pensamientos sobre el trauma	E	E	E
C2. Evitación de estímulos recordatorios del trauma	E	E	E
C3. Incapacidad para recordar aspectos del trauma	E	EM	D
C4. Disminución del interés	E	EM	D
C5. Desapego	E	EM	D
C6. Afecto restringido	E	EM	D
C7. Sensación de futuro desolador	E	EM	D
D1. Alteraciones del sueño	H	H	D
D2. Irritabilidad	H	H	D
D3. Dificultades concentración	H	H	D
D4. Hipervigilancia	H	H	H
D5. Respuestas de sobresalto exagerado	H	H	H

Nota: TEPT= Trastorno de Estrés Postraumático. Grupos de síntomas a cuyos ítems contribuyen: R=Reexperimentación; E=Evitación; H=Hiperactivación; EM=Embotamiento Emocional; D=Disforia. Modelos: 1= DSM-IV, 2= Embotamiento Emocional, 3=Disforia

Otras propuestas basadas en más factores están recibiendo atención en la actualidad, por ejemplo la de Elhai et al., (2011) que propone un modelo de clasificación basado en cinco factores, justificando que los síntomas D1-D3 no encajarían ni en el factor hiperactivación ni en el embotamiento afectivo, con lo que representarían un factor distinto. Estos autores encuentran que el sistema de cinco factores es superior estadísticamente a los modelos de cuatro factores (revisan el modelo de embotamiento emocional y modelo de disforia por separando).

Las investigaciones revisadas parecen coincidir en varios aspectos. En primer lugar, consideran inadecuado el modelo estructural de tres factores que describía el DSM-IV. En segundo lugar, confirman que la agrupación de los síntomas de evitación y embotamiento en un único factor, tal y como aparece en el DSM-IV, es inapropiada, decantándose por separar estos síntomas en dos factores distintos. En tercer lugar, apuestan por modelos estructurales de cuatro factores en la agrupación de los síntomas de TEPT, que permiten un diagnóstico más discriminativo del TEPT.

El DSM-V parece haber tenido en cuenta algunos de los resultados expuestos, aumentando de 17 a 20 los síntomas e incorporando cuatro grupos entre los que se encuentra la alteración negativa del estado de ánimo y cognición, en sustitución del

embotamiento, aunque de forma insuficiente para reformar el modelo según algunos autores (Elhai y Palmieri, 2011).

No obstante, otras propuestas recientes y especialmente convincentes de reformulación del TEPT parecen inclinarse hacia la sencillez y pragmatismo diagnóstico, hacia la independencia de la etiología del cuadro y la reducción del número de síntomas manteniendo aquellos que no se solapan con otros trastornos. Brewin et al. (2009) proponen un diagnóstico de TEPT basado en seis síntomas. Eliminan el criterio A, reducen el criterio B a dos síntomas (B2-pesadillas- y B3-flasbacks), también el criterio C conserva dos síntomas (C1-evitación de recuerdos internos del trauma-y-C2-evitación de recuerdos externos del trauma), al igual que el criterio D (D4-hipervigilancia- y D5-respuestas de sobresalto exageradas). Incluyen un criterio de duración (alteración más de un mes) y otro de deterioro (la alteración genera malestar clínicamente significativo en diferentes áreas de la vida cotidiana).

En esta línea parece centrarse la futura CIE-11, apostando por volver a centrar el diagnóstico del TEPT en tres síntomas básicos (re-experimentación, evitación y elevada percepción de la amenaza) eliminando los síntomas que se consideran más inespecíficos por formar parte de otros trastornos (Maercker et al., 2013).

En esta dirección, un reciente metaanálisis llevado a cabo por Marshall, Schell y Miles (2013) encuentra un mejor ajuste estructural de los síntomas del TEPT en el modelo DSM-IV (tres factores) frente a el Modelo de la Disforia y Modelo de Embotamiento Emocional (cuatro factores), modelos en los que el borrador del DSM-V ha basado sus cambios. De este modo, estos autores indican que las presunciones basadas en los modelos factoriales confirmatorios en las que se basa el DSM-V pueden estar equivocadas.

3.1.4. Resumen

El TEPT aparece como entidad diagnóstica independiente en la tercera edición del DSM (APA, 1980). Este cuadro se ha definido tradicionalmente a través de tres grupos sintomáticos (reexperimentación, evitación e hiperactivación - criterios B, C y D) (Buckley et al., 1998; McWilliams et al., 2005), que son secundarios al acontecimiento traumático experimentado (criterio A). Las clasificaciones diagnósticas, DSM y CIE, derivadas de los organismos oficiales (APA y OMS), han evolucionado con diferencias y similitudes en el diagnóstico del TEPT, destacando especialmente la ampliación de síntomas en el primero y

la tendencia a la sencillez diagnóstica del segundo. No obstante, no siempre las clasificaciones diagnósticas se han considerado suficientes y/o adecuadas según los modelos estructurales basados en el análisis factorial confirmatorio.

El DSM-V introduce cambios relevantes en los criterios A, B, C y D, e incorpora un nuevo criterio en relación a la sintomatología, criterio E, de manera que amplía a cuatro los principales grupos de síntomas. Estas modificaciones se adaptan al modelo estructural factorial basado en el embotamiento afectivo de King et al. (1998b), de cuatro factores. El metaanálisis de Yufik y Simms (2010) apoya los modelos de clasificación estructurales de cuatro factores para la caracterización del TEPT, indicando que son los que mejor se ajustan, aunque destaca que el modelo de la disforia de Simms et al. (2002) como el más consistente.

Por otro lado, la CIE-11 hace una propuesta de TEPT simplificada en tres síntomas centrales, esto es, re-experimentación, evitación y elevada percepción de la amenaza, eliminando los síntomas inespecíficos que forman parte de otros trastornos (Maercker et al., 2013). Los síntomas deben ser consecuencia de la exposición a un evento de carácter extremadamente amenazante, aunque el foco se centra en la presentación de los síntomas. Estas modificaciones van en la línea de la propuesta de Brewin et al. (2009) y de los resultados del metaanálisis de Marshall et al. (2013) que encuentra un mejor ajuste estructural de los síntomas del TEPT en el modelo DSM-IV (3 factores) frente a los Modelos Estructurales de la Disforia o Embotamiento Emocional (4 factores).

Las propuestas factoriales planteadas hasta la fecha no terminan de resolver las controversias que el TEPT genera en la comunidad científica, y en especial la acomodación de las mismas a la etiología del cuadro en términos diagnósticos basados en clasificaciones nosológicas.

Conviene destacar propuesta recientes y especialmente convincentes de reformulación del TEPT que parecen inclinarse hacia la sencillez y pragmatismo diagnóstico, hacia la independencia de la etiología del cuadro y hacia la reducción del número de síntomas manteniendo aquellos que no se solapan con otros trastornos como la de Brewin et al. (2009).

3.2. Epidemiología

3.2.1. Prevalencia

La investigación de las últimas décadas indica que el número de eventos potencialmente traumáticos experimentados por los individuos es sustancial, con prevalencias que se sitúan en torno a la mitad de la población, aunque en un rango comprendido entre el 37% y el 97% (Shavlev, 2000). En esta línea, algunos autores han señalado que la prevalencia-vida de eventos potencialmente traumáticos ha sido del 78%-82% en Estados Unidos (Breslau y Kessler, 2001; Sledjeski, Speisman y Dierker, 2008) y del 63.6% en seis países europeos (Darves-Bornoz et al., 2008). No obstante, se detectan grandes diferencias en las estimaciones aportadas, con un rango que va desde el 3.9% al 89.6% (Klein y Alexander, 2009).

En cualquier caso, la exposición a un evento traumático no es condición suficiente para desarrollar el trastorno (Fullerton y Ursano, 2005) y el 75% de las personas se recuperan de la experiencia traumática sin desarrollar patología duradera (Cebrian et al., 2009). Incluso, la investigación sugiere consistentemente que la mayoría de las personas expuestas a traumas recuperan el equilibrio sin patología reactiva (Bonnano, 2004).

La prevalencia-vida del TEPT arroja diferencias teniendo en cuenta la población en la que se realiza el estudio epidemiológico.

A nivel internacional, la prevalencia-vida del TEPT ha sido estimada en 3.6%, en un estudio aplicado a 21 países del mundo (Karam et al., 2010). La OMS publicó un informe sobre los resultados de datos epidemiológicos en 27 países, con estimaciones de prevalencia vital para el TEPT que oscilan entre el 0.3% en China al 6.1% en Nueva Zelanda (Kessler et al., 2008).

En Estados Unidos la National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005) indica una prevalencia vital del TEPT en adultos de 6.8%, dato inferior al encontrado en estudios anteriores, 7.8% según la anterior NCS (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995) y 9.2% según el estudio epidemiológico realizado por Breslau et al. (1998). Estos datos se encuadran dentro de la prevalencia global de TEPT, en población americana, que según el DSM-IV (APA, 1994) oscila entre el

1% y el 14%, estableciendo la cifra de 8.7% en la última versión del DSM, aunque utilizando los criterios diagnósticos de la versión anterior (APA, 2013). La prevalencia anual en Estados Unidos es de 3.5% (APA, 2013; Kessler et al., 2005).

A nivel europeo y a iniciativa de la World Mental Health Surveys de la OMS se realiza un estudio epidemiológico (transversal) sobre trastornos mentales a 6 países (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia), obteniéndose una tasa de prevalencia-vida del TEPT de 1.9% y 0.9% de prevalencia anual, datos sustancialmente más bajos que los encontrados en otros estudios no europeos (The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004).

En nuestro país, el Grupo ESEMeD-España (proyecto derivado del anterior citado) indica una prevalencia de vida de 1.95% y de 0.5% en el último año. Nuevamente, las diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia vital van en la línea de la superioridad en la mujer (2.79%) en relación al varón (1.06%). La relación entre la prevalencia-vida y la prevalencia-año es un indicador indirecto de la duración o cronicidad de un trastorno. Los resultados derivados de este estudio muestran que los trastornos de ansiedad en general y el TEPT en particular son ligeramente más frecuentes en relación a la prevalencia-vida que a la prevalencia-año, lo que indica una mayor cronicidad de los mismos (Haro et al., 2006).

Las diferencias encontradas en las tasas de prevalencia según países y estudios pueden deberse a numerosas razones. El uso de estudios transversales, la utilización de diferentes instrumentos de medida, y los cambios en los criterios establecidos por las clasificaciones diagnósticas en sus diferentes versiones pueden explicar gran parte de esta variabilidad. Por otro lado, las respuestas pueden presentar tal transitoriedad que las tasas de prevalencia pueden varias reduciéndose incluso a la mitad en un periodo de seis meses, por lo que se debería tener en cuenta el momento de medida (Vázquez, 2005). Además, es necesario distinguir entre los estudios que informan sobre la prevalencia vital, que se basan en el cumplimiento del diagnóstico en cualquier momento previo a la evaluación, mientras que los estudios relativos a la prevalencia actual estudian el cumplimiento de los criterios diagnósticos en el momento de la evaluación (Gómez, 2010).

En un intento de obtener datos más específicos, se han planteado estudios sobre la sintomatología postraumática en los distintos grupos de personas en función del

acontecimiento vivido, encontrado que según el tipo de trauma aumentaba la probabilidad de desarrollar un TEPT (APA, 2013; Breslau et al., 2004).

Así, en relación a poblaciones expuestas a traumas, diferentes estudios con diversos tipos de acontecimientos traumáticos indican tasas de prevalencia con elevada variabilidad. La APA (2013) indica que existe una mayor probabilidad de desarrollar TEPT en veteranos de combate y otras poblaciones expuestas a riesgo, como policía, bomberos o personal de emergencias. No obstante, las ratios más altas (que van desde un tercio a más de la mitad de las personas expuestas) se encuentran en supervivientes de violación, militares en combate, cautivos o encarcelados por motivos políticos o étnicos y víctimas de genocidio (APA, 2013).

De manera más específica, en casos de desastres (naturales, tecnológicos y producidos por el hombre) se estima una prevalencia de entre el 30% y el 40% para las víctimas directas y entre el 5% y el 10% para la población general (Neria, Nandi y Galea, 2007); en accidentes de transporte se estiman cifras entre el 10% (Gidron et al., 2001) y el 20% (Ursano et al., 1999); en casos de enfermedad o intervención médica se estima la presencia de un 15% de TEPT (Chalfant et al., 2004); en personas que experimentan la muerte repentina de un ser querido desarrollan TEPT en un 31% de los casos (Breslau et al., 1997); en personal de rescate se estima el 10% (Berger et al., 2012); en combatientes o exposición a conflictos armados los estudios oscilan entre el 6% y el 25% (Kang et al., 2003, Lopes Cardoso, Kaiser, Gotway y Aguin, 2003); en casos de violación o ataque sexual aumenta la prevalencia hasta situarse en torno al 50% (Kelley et. al, 2009; Kessler et al., 1995; Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa, 2012) e incluso 70% (Golding, 1999); el acoso o maltrato psicológico se sitúa en porcentajes de prevalencia actual similares a los de la violación o violencia sexual, pudiendo encontrarse estudios que indican cifras en torno al 64% (Golding, 1999) y hasta el 84% (Levendosky y Grahman-Bermann, 2000). La violación o ataque sexual es el acontecimiento traumático que más condiciona el riesgo de desarrollar TEPT (Kessler et al., 2005), afectando en mayor medida las mujeres.

Otra de las variables estudiadas asociadas a la prevalencia del TEPT son las diferencias de género en relación a diferentes tipos de traumas. Tolin y Foa (2008) realizan un metaanálisis en el que concluyen que las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar TEPT (habiendo desarrollado más TEPT en cualquiera de los sucesos

estudiados), aunque menos que éstos a experimentar un evento potencialmente traumático. En esta dirección, Ditlevsen y Elklit (2012) indican que las mujeres tenían una prevalencia dos veces mayor que los hombres de desarrollar TEPT y que éstas son más vulnerables al TEPT ante determinados tipos de acontecimientos traumáticos, como la exposición a catástrofes y accidentes, pero menos en relación a la violencia, pérdida o enfermedades crónicas.

En cualquier caso, diferenciar género, trauma y TEPT es una tarea compleja y sensible, que requiere fortalecer la metodología de análisis (p.ej. los estudios epidemiológicos - utilizan entrevistas estructuradas - están asociados con una mayor significación en las diferencias de género respecto al TEPT que los estudios con muestras de conveniencia- emplean cuestionarios) y clarificar aspectos esenciales de propio TEPT (tal y como se ha comentado en apartados anteriores).

3.2.2. Curso

El DSM-V (APA, 2013) indica que el TEPT puede iniciarse a cualquier edad (incluso tras el primer año de vida), y generalmente la sintomatología suele aparecer en los primeros tres meses posteriores al trauma. No obstante, estos síntomas pueden verse retrasados meses, o incluso años, antes de que se haya realizado el diagnóstico. El DSM-IV-TR (APA, 2000) especificaba bajo un criterio temporal el tipo de curso: (1) agudo si el TEPT no duraba más de tres meses, (2) crónico si se prolongaba más de tres meses y (3) demorado si se iniciaba después de seis meses o más de haber ocurrido el acontecimiento traumático. El DSM-V (APA, 2013) elimina la distinción entre curso agudo y crónico basándose en la ausencia de evidencia que la justifique, aunque se mantiene el intervalo de un mes para la aparición de los síntomas. Pretende una mayor especificación para considerar un inicio demorado o “expresión tardía”, en caso de que los criterios diagnósticos no se cumplan hasta que hayan pasado como mínimo seis meses, con el reconocimiento de que algunos síntomas típicos aparecen inmediatamente y que el retraso es en el cumplimiento de todos los criterios.

Mientras que una proporción importante de personas que han desarrollado TEPT se recupera sin tratamiento, desde el 65% (Karamustafalioglu et al., 2006) al 50% (Perkonning et al., 2005), otras muestran síntomas crónicos de larga duración. Estudios epidemiológicos tanto retrospectivos como prospectivos indican que la mayoría de las

personas que han experimentado un evento potencialmente traumático se adaptan en un periodo de 1 a 4 semanas (Bryant, 2006; Foa, Stein y McFarlane, 2006). El Informe sobre el TEPT del Grupo de Consenso Internacional sobre Depresión y Ansiedad señala que el TEPT sigue un curso crónico y recurrente con escasas recuperaciones espontáneas (Ballenger et al., 2000). La APA (2000) indicaba que el TEPT persiste durante más de un año en el 50% de las personas que lo desarrollan y algunos autores observan que el 90% de los casos de TEPT tenían una duración mayor de tres meses y más del 70% una evolución que superaba el año (Kessler et al. 1995). El DSM-V (APA, 2013) añade que los síntomas pueden variar a lo largo del tiempo, al igual que la duración de los mismos, con una posible recuperación completa a los tres meses del acontecimiento traumático en aproximadamente la mitad de los adultos, mientras que algunas personas pueden mostrarse sintomáticas desde los 12 meses de ocurrencia del trauma hasta pasados más de 50 años del mismo.

Los factores identificados hasta el momento que han sido asociados a el curso crónico de la enfermedad han sido, por ejemplo, un alto nivel inicial de síntomas de evitación (Karamustafalioglu et al., 2006; Perkonning et al., 2005) y la aparición de nuevos acontecimientos traumáticos (Perkonning et al., 2005) o factores de estrés que reactivan la memoria traumática (Kolassa, Ertl, Eckart, Kolassa, Onyut y Elbert, 2010). Otros estudios sugieren que el procesamiento cognitivo del material traumático es la llave del mantenimiento del TEPT (Dunmore, Clark y Ehlers, 2001; Ehlers, Mayou y Bryant, 1998).

Estudios previos sobre los factores que influyen en el desarrollo y mantenimiento del TEPT (Breslau y Davis, 1992; Dunmore et al., 2001) están de acuerdo con la hipótesis de fuerte asociación negativa entre la severidad de las experiencias traumáticas, la gravedad de los síntomas del TEPT y la probabilidad de remisión. En esta línea, Kolassa et al. (2010) confirman que la menor probabilidad de remisión espontánea del cuadro está asociada con el elevado efecto acumulativo de exposición a eventos traumáticos, así, un mayor número de traumas a lo largo de la vida se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar TEPT y mayor gravedad de los síntomas. En esta dirección, la APA (2013) considera que la recurrencia de los síntomas y su intensificación puede ocurrir en respuesta a los recuerdos sobre el trauma original, estresores vitales actuales, o tras la experiencia de nuevos acontecimientos traumáticos. En personas mayores, por ejemplo, el

empeoramiento de la salud, el deterioro cognitivo y el aislamiento social pueden exacerbar los síntomas de TEPT.

Por otro lado, también se ha relacionado la tendencia a la cronicidad del TEPT con el alto nivel de comorbilidad entre este trastorno y otras categorías diagnósticas (Brady et al., 2000).

3.2.3. Comorbilidad

Las altas tasas de comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad (76% de los diagnósticos según Brown, Campbell, Lehman, Grisham, y Mancill, 2001) han llevado a muchos teóricos e investigadores argumentar a favor de una dimensión fundamental de la disforia que da lugar a la heterogeneidad en la expresión de los síntomas específicos de trastorno emocional, tales como TEPT, ataques de pánico, y depresión (Barlow, Allen, y Choate, 2004).

Alrededor del 80% de los casos de TEPT cursan de forma comórbida con otros trastornos mentales o enfermedad médica (APA, 2013; Dadic-Hero et al., 2009). Las tasas de comorbilidad se producen tanto en población general como en población clínica en un rango entre el 50% y el 90% (Cebrian et al., 2009), con la presencia de al menos un trastorno psicopatológico concurrente (APA, 2013; Breslau et al., 1997; Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2009) en el 16% de los casos (Brady, 1997; Solomon y Davison, 1997), y el 17% presenta dos e incluso tres o más diagnósticos (Brady, 1997; Kessler et al., 1995, Solomon y Davison, 1997).

Los diagnósticos más frecuentemente asociados con el TEPT son los trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, fobia simple y agorafobia), trastornos de personalidad, abuso de sustancias, enfermedad médica y depresión (Forbes, Creamer, Hawthorne, Allen y McHugh, 2003; Kessler et al., 2005; Reed, Anthony y Breslau, 2007; Schnurr, Ford, Friedman, Green, Dain y Sengupta, 2000). Otros autores asocian el TEPT a la somatización (Rauch, Grunfeld, Yadin, Cahil, Hembree y Foa, 2008), trastornos disociativos (Dancu, Riggs, Hearst-Ikeda, Shoyer y Foa, 1996) y disfunción sexual (Leteruneau, Resnick, Kilpatrick y Saunders, 1996). Friedman (1996) asocia en un 26%-65% de los casos el TEPT con trastornos afectivos, en un 30%-60% con cuadros de ansiedad, en un 40%-60% con trastornos de personalidad y en un 60%-80% con alcoholismo o abuso de drogas. La comorbilidad con el abuso de sustancias es más común

en hombres que en mujeres (APA, 2013). En relación a la comorbilidad del TEPT con los problemas de salud física, hay evidencia empírica de fuerte asociación entre los síntomas de salud general (p.ej. dolor de cabeza, fatiga, náuseas, angina de pecho, estreñimiento, etc.) y TEPT, moderada entre las condiciones médicas generales (asma, colon irritable, fibromialgia, etc.) y TEPT, y una asociación más baja para la calidad de vida, dolor, problemas gastrointestinales y cardio-respiratorios (Pacela, Hruska y Delahanty, 2013). Se ha observado una considerable comorbilidad también entre TEPT y trastorno neurocognitivo mayor, e incluso alguna superposición de síntomas entre ambos cuadros (APA, 2013).

Los trastornos afectivos, especialmente la depresión, parecen tener una influencia importante en la evolución del TEPT y otros problemas asociados. El diagnóstico comórbido de TEPT y depresión es muy común en aquellas personas que han estado expuestas a situaciones bélicas (Shalev et al., 1998; Southwick, Yehuda y Giller, 1991) desastres (Green y Lindy, 1994) y VCP (Cascardi et al., 1999), cuando se comparan con la población general (Kilpatrick, Ruggiero, Acierno, Saunders, Resnick y Best, 2003). Numerosos estudios (Brady y Clary, 2003; Green et al., 2006; Holtzheimer, Russo, Zatzick, Bundy y Roy-Byrbe, 2005; Lipsky, Field, Caetano y Larkin, 2005; Nixon et al., 2004; Momartin et al., 2004; Taft et al., 2009) realizados con diferentes poblaciones traumatizadas indican una mayor gravedad de los síntomas en los grupos en los que se produce comorbilidad entre el TEPT y la depresión, en comparación con los grupos en los que se diagnostica un solo trastorno. No obstante, no todos los estudios apoyan este resultado, por ejemplo, Stein y Kennedy (2001) en una muestra de mujeres víctimas de VCP y Kehle, Reddy, Ferrier-Auerbach, Erbes, Arbisi y Polusny (2011) con soldados. Shah, Shah y Links (2012), partiendo de una revisión de la literatura científica, proporcionan firme apoyo a la afirmación de que la comorbilidad de TEPT y depresión es un factor modulador de la gravedad de los síntomas en diferentes poblaciones traumatizadas. Otros autores hablan de la depresión comórbida con el TEPT como el agente mediador para el desarrollo de otras dificultades como alternaciones en la salud física y/o incremento en las sensaciones de dolor (Jakupcak, Osborne, Cook, Michael y McFall, 2006; Owens, Steger, Whitesell y Herrera, 2009; Poundja, Fikretoglu y Brunet, 2006).

Por otro lado, el aumento de los comportamientos suicidas (pensamientos, planes o actos suicidas) en el TEPT ha sido extensamente informado (Amir, Haplan, Efroni y Kotler, 1999;

APA, 2013; Nad et al., 2008; Oquendo, Friend, Halberstan, Brodsky y Burke, 2003; Tarrier y Gregg, 2004). En ésta línea, un reciente metaanálisis (Panagioti, Gooding y Tarrier, 2012) obtiene apoyo para considerar que la depresión mayor comórbida al TEPT agrava considerablemente el riesgo de suicidio en la población afectada. Proporcionan evidencia pues de que el diagnóstico de TEPT se asocia con una mayor tendencia al suicidio, e informan que el papel de la depresión comórbida es crucial en la etiología de las tendencias suicidas en este cuadro. La APA (2013) indica que la presencia del trastorno puede indicar que la ideación puede desencadenar un intento real de suicidio, aumentándose el riesgo si el acontecimiento traumático se refiere a abuso sexual.

3.2.4. Factores de riesgo

El interés por la búsqueda de factores explicativos que determinen porqué no todas las personas expuestas a traumas desarrollan TEPT ha crecido en las últimas décadas. La mayoría de las investigaciones se han centrado en factores personales (características psicológicas previas al trauma, sociodemográficas y reacciones al trauma) y/o situacionales (características del suceso traumático) para tratar de explicar la vulnerabilidad en relación a este trastorno, tratando de diferenciarlos desde un criterio temporal vinculado al evento traumático.

En general, el riesgo de desarrollar un TEPT varía con el número de factores previos al trauma, peritraumáticos (durante o inmediatamente después a la experiencia traumática) y posteriores al trauma (p.ej., APA, 2013; Breslau et al., 1991; Kessler et al., 1995; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best, 1993; Schnurr, Friedman y Rosenberg, 1993). El riesgo de TEPT crónico se relaciona a su vez con muchos de los mismos factores de riesgo (p.ej., King et al. 1998a; Schnurr y Vielhauer, 1999). En este sentido, Schnurr, Lunney y Sengupta (2004) consideran que el desarrollo del TEPT está relacionado con los factores que tienen lugar antes, durante y después del suceso traumático, mientras que el mantenimiento está vinculado principalmente a factores que ocurren durante y después del evento. La tabla 3.4. recoge los resultados de los estudios revisados en este epígrafe.

Varios estudios de revisión han intentado determinar qué factores se asocian de forma más relevante con este trastorno.

El primero de estos estudios de revisión es el metaanálisis realizado por Brewin et al. (2000), que incluye el estudio de 14 factores de riesgo en 77 investigaciones (publicadas

entre 1980 y 2000 y con suficiente garantía metodológica). Los resultados señalan la historia psiquiátrica previa, la experiencia de abuso en la infancia, y los antecedentes psiquiátricos familiares como factores anteriores al trauma, implicados, aunque moderadamente, en una mayor vulnerabilidad para el desarrollo del TEPT. Por otro lado, la severidad del acontecimiento estresante, la falta de apoyo social y la experimentación de nuevos estresantes vitales estarían implicados en el desarrollo del TEPT como factores que operan durante o después del trauma, siendo su efecto mucho mayor que los factores pre-trauma. Por último, estudian características como el género, edad en el momento de la exposición, raza, bajo nivel educativo, historia traumática previa y experiencias desagradables durante la infancia que no resultan predictores consistentes del TEPT. Posteriormente, Ozer et al. (2003), llevan a cabo otro metaanálisis, que incluye 68 investigaciones, con objeto de comparar los predictores más estáticos con los predictores que están más vinculados con los procesos psicológicos y neurobiológicos consecuentes a la exposición a un suceso traumático. Estos autores señalan como mejores predictores del riesgo de padecer TEPT la amenaza para la vida durante el trauma, la escasez de apoyo social percibido y, especialmente, la presencia de disociación durante el trauma. Indican que los procesos psicológicos peritraumáticos son mejores predictores que las características previas para el desarrollo del TEPT.

Schnurr et al. (2004) indican que la mayoría de estudios combinan el TEPT actual con el TEPT vital y en consecuencia pueden llegar a confundirse los factores de riesgo asociados con el desarrollo y mantenimiento (p.ej. metaanálisis de Brewin et al., 2000 y Ozer et al., 2003). No obstante, estos autores obtienen resultados similares a los planteados por los metaanálisis de Brewin et al. (2000) y Ozer et al. (2003) en su revisión empírica de estudios con muestras de veteranos de guerra con TEPT. De las variables comunes a cualquier tipo de muestra, la disociación peritraumática y el escaso apoyo social actual se revelan como los más fuertes predictores en el desarrollo y mantenimiento del TEPT.

Recientemente, la APA (2013) en la nueva versión sobre trastornos mentales (DSM-V) hace alusión de los factores de riesgo del TEPT según la clasificación referida, pre-trauma, peri-traumáticos y post-trauma, incluyendo todos aquellos que de un modo u otro han sido referidos en la literatura científica y que en general coinciden con los aquí expuestos. No obstante, en esta revisión no se proporcionan fuentes concretas y se desconoce la

fuerza de asociación del factor con el cuadro, de modo que no han sido considerados en adelante.

3.2.4.1. Factores pre-trauma

Nuevos hallazgos, utilizando estudios prospectivos, se muestran consistentes con los resultados de los anteriores metaanálisis en lo relativo a los problemas de salud mental previos al trauma y al mayor número de síntomas de TEPT (p.ej., Koenen, Stellman, Sommer y Stellman, 2008; Lengua, Long, Smith y Meltzoff, 2005; Parslow, Jorm y Christensen, 2006), así como que altas medidas en neuroticismo previas al trauma predicen a su vez un mayor número de síntomas de TEPT (p.ej., Bramsen, Dirkzwager y van der Ploeg, 2000; Engelhard, Huijding, van den Hout y de Jong, 2007; Hodgins, Creamer y Bell, 2001; Parslow et al., 2006). De manera más concreta y partiendo del reconocimiento empírico de la comorbilidad TEPT-depresión, se ha sugerido desde diferentes estudios que ambos pueden llegar a adoptar el rol de factores de riesgo. Algunos estudios sugieren que la depresión puede ser un factor de riesgo del TEPT (Koenen et al., 2002), que el TEPT es un factor de riesgo para la depresión (Breslau et al., 1997), o que los dos trastornos representan una vulnerabilidad común subyacente (Breslau et al., 2000; O'Donnell, Creamer y Pattison, 2004).

3.2.4.2. Factores peritraumáticos

La presencia de disociación durante el trauma es uno de los factores de riesgo considerado más potente para el desarrollo y mantenimiento del TEPT (Ozer et al., 2003; Schnurr et al., 2004). En este sentido, una nueva línea de investigación se ha centrado de forma específica en estudiar el papel que juegan los síntomas emocionales peritraumáticos como predictores del desarrollo y gravedad del TEPT. Así, numerosos investigadores han contribuido a argumentar a favor y en contra de la inclusión de los mismos como criterio diagnóstico del cuadro (criterio A2). El metaanálisis realizado por Thomas, Saumier y Brunet (2012) parece proporcionar justificación empírica al limitado rol que ejercen estos síntomas como predictores del TEPT. Estos autores estudian el papel que representa el distrés peritraumático (emociones negativas experimentadas durante o inmediatamente posterior al evento traumático, como miedo, desesperanza u horror intensos) en la gravedad de los síntomas del TEPT y concluyen que aunque los síntomas peritraumáticos y el TEPT están correlacionados generalmente de forma positiva, éstos síntomas tienden a

disminuir a medida que pasa el tiempo entre el evento traumático y la evaluación del TEPT. Este resultado sugiere que puede haber otros factores diferentes al distrés peritraumático que participen en la trayectoria a largo plazo de los síntomas del TEPT. En un estudio previo, Lancaster, Melka y Rodriguez (2011) ya indicaban la rabia como predictor emergente en relación al TEPT, obteniendo estos autores resultados negativos en la capacidad predictora del temor, la desesperanza y horror intensos. Este resultado es consistente con el metaanálisis de Orth y Wieland (2006), en el que la relación entre la rabia y el TEPT obtiene un tamaño del efecto medio a alto. Otras variables estudiadas han sido la culpa (Andrews, Brewin, Rose y Kirk, 2000), que puede predecir un incremento de los síntomas del TEPT a los seis meses si ésta se puede detectar en el primer mes tras el trauma. Aunque la evidencia sugiere que hay diferencias entre hombres y mujeres en relación a las reacciones emocionales a acontecimientos traumáticos y que la respuesta femenina puede aumentar el riesgo de desarrollar patología postraumática (Kimerling, Ouimette y Weitlauf, 2007), otros estudios no han encontrado evidencia para apoyar esta conclusión (Tolin y Breslau, 2007).

En resumen, los resultados sugieren que es necesario ampliar más el espectro de emociones asociadas al trauma (p.ej. Bados, Greco y Toribio, 2012; Kilpatrick et al., 2009; North, et al. 2009; Robinson y Larson, 2010) o por el contrario, como han sugerido otros autores (p.ej. Brewin et al., 2009; McNally, 2009) eliminarlas completamente del diagnóstico. La retirada del criterio A2 se justificaría entonces en base a que cualquier número de emociones se puede experimentar durante el trauma y limitar éstas a un listado a priori con inconsistente apoyo empírico es desaconsejable.

3.2.4.3. Factores post-trauma

Frazier et al. (2011) sugieren que los factores post-trauma explican una mayor proporción de la varianza en relación al desarrollo del TEPT que los factores pre-traumáticos. Concretamente, en su estudio, destacan el escaso apoyo social percibido y la valoración subjetiva de la severidad como los mejores predictores (ambos factores con suficiente apoyo empírico consolidado, p.ej. Brewin et al., 2000 y Ozer et al., 2003; Schnurr et al., 2004, en relación al apoyo social). En esta línea, Brewin et al. (2000) ya defendían que los factores posteriores al trauma parecen más importantes que los factores previos al trauma, sin embargo los predictores posteriores pueden estar reflejando los efectos de los factores previos (por ejemplo, individuos con problemas de salud mental preexistente

pueden tener probablemente menor apoyo social adecuado lo que estará asociado con un mayor distrés post-trauma).

Está bien establecido que los síntomas agudos son un fuerte predictor de los síntomas posteriores del TEPT (Andrews et al., 2000; Brewin, Andrews, Rose y Kirk, 1999; Bryant y Harvey, 1998; Meiser-Stedman, Yule, Smith, Glucksman y Dalgleish, 2005; O'Donnell et al., 2004; Simeon et al., 2005). Denson, Marshall, Schell y Jaycox (2007) demuestran en un estudio longitudinal que la gravedad de los síntomas agudos de TEPT (medidos en los cinco días posteriores al trauma) permaneció como el único predictor significativo de TEPT (de un total de 18 factores estudiados basados en evidencia empírica previa) a los 12 meses.

Resultados similares obtienen O'Donnell, Elliot, Wolfgang y Creamer (2007), quienes indican que las cogniciones postraumáticas (valoración negativa sobre sí mismo, sobre el mundo y culpa) tienen una gran influencia en el ajuste psicológico, prediciendo tanto directa como indirectamente el desarrollo y la persistencia del TEPT posterior. Estas conclusiones ofrecen apoyo a las teorías cognitivas sobre el cuadro, considerando que los individuos que realizan valoraciones negativas hacia sí mismos después del trauma probablemente desarrollarán un sentido de la amenaza que puede contribuir al desarrollo de los síntomas de TEPT, de manera que si éstas se intensifican con el tiempo se refuerza el trastorno.

Por otro lado, se ha demostrado que las experiencias traumáticas repetidas hacen que la persona sea más vulnerable a desarrollar un TEPT (Johnson y Thompson, 2008). Y en esta línea, Cogle et al. (2009) sugieren que los diferentes tipos síntomas de TEPT juegan diferentes papeles en la predicción de la exposición a diferentes tipos de eventos potencialmente traumáticos. Orcutt et al. (2002), encontraron que los síntomas de reexperimentación fueron más importantes que otros grupos de síntomas en la predicción de una posterior exposición a un trauma de cualquier tipo.

3.2.4.4. *Características del suceso traumático y Factores personales*

Las características propias del suceso traumático constituyen otra clase de factores de riesgo reconocidos. Breslau et al. (1998) ya indican en estudios previos que el nivel/proporción de TEPT depende del tipo de asalto violento. También la gravedad de las lesiones y la persistencia del daño postraumático están asociadas con la predicción del

TEPT crónico (Ehlers et al., 1998; Schnurr et al., 2004). En la literatura se ha incluido la severidad del daño (lesión), el tiempo de hospitalización y el procedimiento empleado para ejercer la lesión (p.ej. apuñalamiento), de manera que las lesiones más graves fueron asociadas con niveles más altos de sintomatología de TEPT (Jaycox, Marshall y Orlando, 2003). Algunos autores han sugerido que la percepción subjetiva de severidad del evento traumático se relaciona de forma más estrecha con los síntomas de TEPT que la propia gravedad del objetivo del mismo (Zoellner, Rabe, Karl y Maercker, 2008). Galea et al. (2008) en un estudio de cohorte longitudinal observan que los estresores a los que la persona se ve expuesta y la exposición a eventos traumáticos son ambos importantes predictores del TEPT. Añaden que el género femenino y la etnia latina están asociados con el TEPT de forma independiente a las anteriores variables.

El género ha sido una variable estudiada en numerosas investigaciones, y aunque los hombres parecen tener más riesgo de exposición a un acontecimiento traumático en comparación con las mujeres, son las mujeres quienes tienen una mayor probabilidad de desarrollar el cuadro (APA, 2013; Breslau et al., 1998; Davidson e Hidalgo, 2000; Frans et al., 2005; Kessler, et al. 1995), con mayores tasas de TEPT (Fullerton y Ursano, 2005), llegando incluso al doble de probabilidad (Breslau, Peterson, Poisson, Schultz y Lucia, 2004). Olf, Langeland, Draijer y Gersons (2007) examinan la literatura y concluyen que la mayor predisposición de las mujeres a desarrollar TEPT puede ser debido, al menos en parte, al tipo de trauma experimentado (fundamentalmente violencia interpersonal y particularmente de naturaleza sexual), a la edad más temprana de exposición al trauma, a la percepción más intensa de amenaza y pérdida de control, a los niveles más altos de disociación peritraumática, insuficiente apoyo social y mayor uso del alcohol para manejar los síntomas intrusivos y disociativos. En esta línea, Hedtke et al. (2008) encuentran que la probabilidad de cumplimiento de criterios de TEPT aumenta en las mujeres que han estado expuestas a múltiples tipos de violencia interpersonal a lo largo de sus vidas.

3.2.4.5. Factores de protección

No está claro que en el desarrollo del TEPT influya más la presencia de factores de riesgo o por el contrario la ausencia de factores de protección (Yehuda, 2004). Conceptualmente parece claro que debería haber múltiples factores de protección que promuevan la resistencia a la adversidad (Bonnano, 2004). Hasta ahora, sin embargo, la mayor parte de la investigación en la predicción de la resiliencia adulta se han centrado en variables

relativas a la persona, como la tendencia a la dureza (Bartone, 1999) o mejora de sí mismo (Bonnano, Rennie y Dekel, 2005). Un escaso número de estudios han identificado factores de protección vinculados con una menor gravedad de los síntomas de TEPT. Por ejemplo, algunos estudios tanto prospectivos como transversales han encontrado que características personales previas al trauma como: un nivel de autoestima alto (Adams y Boscarino, 2006; Bryant y Guthrie, 2005; Lengua et al., 2005) y el optimismo (Zoellner et al., 2008), disminuyen la presencia de síntomas de TEPT después del evento traumático. La APA (2013) en la nueva versión del DSM indica que el soporte social temprano y posterior al trauma es un factor de protección para el desarrollo y/o mantenimiento de la sintomatología de TEPT. Frazier et al. (2011) revelan en su estudio que los factores de riesgo parecen ser más importantes que los factores de protección en la determinación de quién desarrolla TEPT.

Futuras investigaciones en esta área deberían incluir la diferenciación entre TEPT-vida y TEPT-actual, cuidar la metodología utilizadas (por ejemplo cautela en la interpretación de estudios retrospectivos y/o transversales), utilizar muestras con TEPT en que han desarrollado, mantenido y remitido sintomatología del mismo, estudiar factores de riesgo para TEPT crónico teniendo en cuenta la medida de variables cognitivas, etc. En relación a las respuestas de distrés peritraumáticas, la investigación podría estudiar qué síntomas se muestran más predictivos para el TEPT y severidad del mismo. Obtener un conocimiento más preciso en relación a los factores de riesgo predictores tiene numerosas implicaciones para el desarrollo de modelos y tratamiento.

Tabla 3.4. Resumen de Factores de Riesgo y Protección asociados al Trastorno de Estrés Postraumático

Factores de riesgo		
	Metaanálisis y/o Revisiones sistemáticas	Estudios Prospectivos/Longitudinales
Pre-trauma	Asociación moderada <ul style="list-style-type: none"> Historia Psiquiátrica Previa (Brewin et al., 2000) Experiencia de abuso en la infancia (Brewin et al., 2000) Antecedentes psiquiátricos familiares (Brewin et al., 2000) 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas de Salud Mental Previa (p.ej., Koenen et al., 2008; Lengua et al., 2005; Parslow et al., 2006) Medidas superiores en neuroticismo (p.ej., Bramsen et al., 2000; Engelhard et al., 2007; Hodgins et al., 2001; Parslow et al., 2006) Depresión (Koenen et al., 2002) Comorbilidad TEPT-depresión (Breslau et al. 2000; O'Donnell et al., 2004) Mayor número de síntomas de TEPT (p.ej., Koenen et al., 2008; Lengua et al., 2005; Parslow et al., 2006)
Peri-traumáticos	Asociación fuerte <ul style="list-style-type: none"> Severidad del acontecimiento estresante (Brewin et al., 2000) Ausencia de apoyo social percibido (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003) Experimentación de nuevos estresantes vitales (Brewin et al., 2000) Amenaza para la vida (Ozer et al., 2003) Presencia de disociación durante el trauma (Ozer et al., 2003; Schurr et al., 2004) Asociación moderada a fuerte <ul style="list-style-type: none"> Síntomas emocionales peritraumáticos: rabia (Orth y Wieland, 2006) Asociación baja (limitada a corto plazo) <ul style="list-style-type: none"> Síntomas emocionales peritraumáticos: distrés (miedo, desesperanza y horror intensos) (Thomas, Saumier y Brunet, 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas emocionales peritraumáticos: rabia (Lancaster et al., 2011)
Post-trauma	Asociación fuerte <ul style="list-style-type: none"> Severidad del acontecimiento estresante (Brewin et al., 2000) Escaso apoyo social (Brewin et al., 2000; Schurr et al., 2004) Experimentación de nuevos estresantes vitales (Brewin et al., 2000) 	<ul style="list-style-type: none"> Escaso apoyo social percibido (Frazier et al., 2011) Valoración subjetiva de la severidad (Frazier et al., 2011) Presencia/Gravedad de síntomas agudos postraumáticos (p.ej. Denson et al., 2007; Meiser-Stedman et al., 2005; Simeon et al., 2005) Cogniciones Postraumáticas: Mundo, Sí mismo y Culpa (O'Donnell et al., 2007) Síntomas de reexperimentación (Orcutt et al, 2002) Experiencias traumáticas repetidas (Johnson y Thompson, 2008)
Características del suceso traumático y Factores Personales		<ul style="list-style-type: none"> Tipo de evento violento (Breslau et al., 1998) Gravedad de las lesiones/Severidad del daño (Ehlers et al., 1998; Jaycox et al., 2003; Schnurr et al., 2004) Persistencia del daño postraumático (Ehlers et al., 1998; Schnurr et al., 2004) Exposición a otros traumas y/u otros estresores (Galea et al., 2008) Percepción subjetiva de severidad del evento (Zoellner et al., 2008) Género: Ser mujer (p.ej. Breslau et al., 2004; Davidson e Hidalgo, 2000; Frans et al., 2005; Olff et al., 2007) Etnia latina (Galea et al., 2008)
Factores de Protección		
		<ul style="list-style-type: none"> Alto nivel de autoestima (Adams y Boscarino, 2006; Bryant y Guthrie, 2005; Lengua et al., 2005) Optimismo (Oxlad y Vado, 2008; Zoellner et al., 2008)

3.2.5. Resumen

De acuerdo con la investigación más relevante en términos de prevalencia, alrededor de cuatro de cada cinco personas en Estados Unidos (Breslau y Kessler, 2001; Sledjeski et al., 2008) y tres de cada cinco en Europa (Darves-Bornoz et al., 2008) ha estado expuesta a algún acontecimiento traumático. Sin embargo, la exposición a un evento traumático no es condición suficiente para desarrollar un TEPT y en este sentido, la prevalencia-vida del TEPT ha sido estimada en proporciones que van desde el 1.9% en Europa (The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004) al 3.6% a nivel mundial (Karam et al., 2010).

La evidencia científica señala que más del 50% de personas que han desarrollado TEPT se recupera sin tratamiento (APA, 2013; Perkonning et al., 2005), y que una proporción similar muestran síntomas crónicos de larga duración, indicando un curso crónico y recurrente del TEPT (Ballenger et al., 2000). La cronicidad del TEPT se ha relacionado con el alto nivel de comorbilidad (Brady et al., 2000) y otros factores como la severidad de las experiencias traumáticas y la gravedad de los síntomas del TEPT (Breslau y Davis, 1992; Dunmore et al., 2001), así como un mayor número de traumas a lo largo de la vida (Kolassa et al., 2010).

La elevada comorbilidad del TEPT (80% según APA, 2013 y Dadic-Hero et al., 2009) ha estado asociada frecuentemente con los trastornos afectivos, de ansiedad, de personalidad y abuso de sustancias (Forbes et al., 2003; Kessler et al., 2005; Reed, Anthony y Breslau, 2007; Schnurr et al., 2000). La relación comórbida TEPT-depresión se considera un factor modulador de la gravedad de los síntomas en diferentes poblaciones traumatizadas (Shah et al., 2012).

Numerosos estudios han tratado de identificar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo y severidad de los síntomas del TEPT. Los metaanálisis conducidos por Brewin et al. (2000) y Ozer et al. (2003) coinciden en considerar mejores predictores los factores peritraumáticos (severidad del acontecimiento - Brewin et al. (2000), la amenaza para la vida durante el trauma y presencia de disociación - Ozer et al. (2003)) o posteriores al trauma (experimentación de nuevos estresantes vitales - Brewin et al. (2000) y escaso apoyo social). Estudios posteriores han ido contrastando y consolidando la capacidad predictiva de estas variables, señalando algunas otras que parecen emerger como factores de fuerte asociación en relación al TEPT, por ejemplo: problemas de salud mental previos

al trauma (p.ej., Koenen et al., 2008), comorbilidad TEPT-depresión (p.ej. Shah et al., 2012), la rabia como emoción peritraumática (p.ej. Lancaster et al., 2011), los síntomas agudos como consecuencia del trauma (p.ej. Denson et al., 2007), cogniciones postraumáticas (O'Donnell et al., 2007) y otras características propias del trauma como el tipo de acontecimiento violento (p.ej. Kessler et al., 2005), la gravedad de las lesiones y la persistencia del daño postraumático asociadas a la predicción del TEPT crónico (p.ej. Schnurr et al., 2004) y ser mujer (p.ej. Olff et al., 2007)

Aunque se ha señalado que los factores de riesgo son más importantes que los de protección en el desarrollo del TEPT (Frazier et al., 2011), un alto nivel de autoestima (Adams y Boscarino, 2006; Bryant y Guthrie, 2005; Lengua et al., 2005) y una actitud optimista (Oxlad y Vado, 2008; Zoellner et al., 2008) se han identificado como factores de protección vinculados con una menor gravedad de los síntomas. El soporte social temprano y posterior al trauma es un factor de protección para el desarrollo y/o mantenimiento de la sintomatología de TEPT (APA, 2013).

3.3. Modelos Psicológicos Explicativos del Trastorno de Estrés Postraumático

Los procesos y mecanismos implicados en la etiología y desarrollo del TEPT han sido estudiados desde numerosas perspectivas, siendo la aproximación psicológica, y en concreto la perspectiva cognitivo-conductual, una de las formulaciones que más se acercan a una explicación plausible de los efectos que los acontecimientos traumáticos producen en el funcionamiento de los seres humanos, mostrándose a su vez más productivas en ofrecer alternativas terapéuticas vinculadas a las formulaciones teóricas.

La compleja etiología del TEPT exige modelos capaces de explicar la sintomatología característica del cuadro, los mecanismos implicados (memoria, atención, reacciones cognitivo-afectivas, creencias, estrategias de afrontamiento, etc.), la influencia de los factores predictores, moduladores y de vulnerabilidad entre otros y la dimensión temporal, en el desarrollo y mantenimiento del mismo.

3.3.1. Modelos basados en el aprendizaje

Los modelos conceptuales conductuales sobre las reacciones de TEPT se basan en la Teoría Bifactorial propuesta por Mower (1947, 1960). Esta teoría integra los paradigmas de aprendizaje clásico y operante, proporcionando una base sólida en la explicación de la etiología y mantenimiento del TEPT. Así, el miedo y otras emociones negativas se aprenderían a través de los mecanismos de condicionamiento clásico. La generalización de estímulos y condicionamiento de segundo orden, vinculadas no solo al recuerdo del trauma sino también a las señales asociadas con el recuerdo y las neutras que evocan los estímulos desencadenante, se convierten en estímulos condicionados que provocan temor extremo (Orr et al., 2000). Establecido el miedo condicionado, el proceso de condicionamiento operante interfiere en la eliminación o reducción del mismo a través de la respuesta de evitación, que no permite la exposición al estímulo condicionado, imposibilitando a su vez el aprendizaje de una nueva asociación en la que el estímulo condicionado ya no sea una señal de peligro. Dado que las conductas de evitación tienen como efecto la reducción de la ansiedad, el mantenimiento se potencia a través del reforzamiento negativo.

Desde esta perspectiva, las manifestaciones de reexperimentación, que incluirían activación fisiológica y emocional, se desencadenarían ante la presencia de estímulos condicionados asociados con la respuesta traumática, y los síntomas de evitación se pondrían en marcha para disminuir la elevada ansiedad generada por los estímulos relacionados con el trauma (Sosa y Capafóns, 2005).

No obstante, la teoría de Mower no parece explicar completamente la etiología del TEPT, ya que la adquisición del temor o ansiedad puede desarrollarse sin que se produzca un condicionamiento clásico en sentido estricto, el trauma puede evocar emociones negativas distintas al miedo (p.ej. vergüenza) e incluso factores personales previos al trauma que influyan en el propio desarrollo del cuadro (p.ej. vulnerabilidad biológica) (Zayfert y Black, 2008).

En este sentido, Keane y Barlow (2002, tomado de Zayfert y Becker, 2007) argumentan en su modelo sobre la etiología del TEPT que los factores genéticos y psicosociales pueden predisponer al TEPT tras la experimentación de un suceso traumático. Asocian la vergüenza o la culpa al suceso traumático, considerando que pueden ser elicitadas por los

mismos estímulos que producen las “alarmas aprendidas”. En algunos casos, estas emociones pueden ser la experiencia aprendida predominante cuando se exponen a estímulos que les recuerdan el suceso traumático. Estos autores sugieren que durante el trauma se produce una asociación de varios estímulos con la experiencia de “alarma real” y como resultado desarrollan “alarmas aprendidas” a través del condicionamiento clásico. Las respuestas de alarma aprendida se desencadenan ante situaciones similares o que contienen características de la experiencia traumática e incluso en situaciones que simbolizan el suceso (p.ej. aniversario). Consideran que este tipo de respuesta debería desaparecer con el tiempo, pero el nivel elevado de ansiedad asociado motiva a quienes han experimentado el trauma a evitar los estímulos vinculados con el mismo, y añaden que es probable que busquen evitar las emociones desagradables (vergüenza, rabia, culpa, tristeza) asociadas a través del embotamiento emocional.

De acuerdo con estos modelos se aplican las técnicas de exposición en las terapias cognitivo-conductuales para personas que han desarrollado TEPT.

3.3.2. Modelos cognitivos

Los modelos cognitivos enfatizan el rol desempeñado por los factores cognitivos en el desarrollo y mantenimiento del TEPT. Comparten, en general, ciertos supuestos teóricos básicos. Proponen que el individuo pretende encajar la experiencia traumática en un conjunto de creencias preexistentes y modelos del mundo, siendo este ejercicio altamente costoso por la incompatibilidad de la experiencia traumática con los modelos disponibles. Este intento de asimilación conduce a una serie de fenómenos que son los que van a caracterizar la reacción postraumática, siendo el proceso un éxito cuando la nueva información es integrada en los modelos existentes y un fracaso si ocurre lo contrario, de modo que pueda convertirse en respuesta postraumática (Brewin et al., 1996). En relación al TEPT, los modelos cognitivos plantean que la manera en que se organiza la experiencia traumática en la memoria afecta significativamente a la forma en que se procesa la nueva información que es relevante para el trauma (Sosa y Capafóns, 2005).

Entre las primeras aportaciones acerca de las reacciones normales y anormales ante un evento estresante está la Teoría de la Respuesta al Estrés de Horowitz (Horowitz, 1973, 1976, 1979, 1986, 1997), que contribuye a explicar las reacciones de reexperimentación y estilos de afrontamiento. No obstante, es a partir del Modelo de Procesamiento de la

Información del Miedo y la Ansiedad de Lang (Lang, 1979, 1990) que aporta hipótesis cognitivas del inicio y mantenimiento del TEPT, que se desarrollan algunos otros modelos que Dalglish (2004) agrupa en dos tipos, teorías basadas en un único nivel de representación cognitiva y teorías basadas en dos o más niveles de representación. Entre las teorías de un nivel se encontrarían la Teoría del Procesamiento de la Información planteada por Resick y Schnicke (1992), la Teoría del Procesamiento Emocional de Foa y Kozak (1986) y el Modelo Integrador de Bryant y Harvey (2000), entre otras. Las teorías de dos o más niveles de representación con mayor apoyo empírico incluirían la Teoría de la Representación Dual de Brewin, Dalglish y Joseph (1996), el Modelo SPAARS de Dalglish (1999) y el Modelo de Ehler y Clark (2000).

3.3.2.1. Modelos basados en un único sistema de representación

Según la *Teoría del Procesamiento de la Información* planteada por Resick y Schnicke (1992) el procesamiento sigue este orden: codificación, almacenamiento y recuperación la información en la memoria, y para ello se crean esquemas cognitivos o mapas genéricos. Al captar la nueva información, si ésta es congruente con las creencias previas sobre sí mismo o el mundo, la asimilación puede realizarse rápidamente y sin demasiado esfuerzo, puesto que ésta encaja con los esquemas y no requiere excesiva atención para integrarla en los esquemas. Si aparece por el contrario una discrepancia con el esquema, es necesario reconciliar este acontecimiento con sus creencias sobre sí mismo o sobre el mundo, para ello requiere una modificación o adaptación de los esquemas previos. Puesto que la información sobre el acontecimiento traumático no ha sido procesada, categorizada y adaptada, los recuerdos del trauma continúan surgiendo como recuerdos intrusivos o a través de pesadillas. Aparecen a su vez las respuestas emocionales y la activación, lo que desencadena una mayor evitación, ya que forman parte del recuerdo del trauma. Esta teoría explica las tres constelaciones de síntomas del TEPT, haciendo hincapié en los efectos de diversas variables (historia previa de problemas psicológicos, apoyo social, estilo atribucional, etc.) y dar cuenta de la eficacia de los tratamientos de exposición, al hacer hincapié en la expresión afectiva como una forma de procesar totalmente el recuerdo del trauma. No obstante, el modelo no da indicaciones concretas de por qué unos individuos desarrollan el trastorno y otros no, ni es capaz de generar un modelo coherente que abarque todas las condiciones señaladas.

La *Teoría del Procesamiento Emocional de la Información* propuesta inicialmente por Foa y Kozak (1986) y reformulada posteriormente (Foa, Feske, Murdock, Kozak y McCarty, 1991; Foa y Riggs, 1993; Foa y Rothbaum, 1998; Foa, Zinnbarg y Rothbaum, 1992) se basa fundamentalmente en la creación de una “red de miedo” en la memoria a largo plazo, basando esta estructura en la desarrollada anteriormente por Lang (1979, 1990). Ante la presencia de cualquier clave estimular que esté asociada al trauma se podría activar la “red de miedo”. Cuando esto ocurre, la información contenida en la red pasa a ser consciente, de modo que facilita la presencia de los síntomas intrusivos del TEPT y al igual que en otras aproximaciones teóricas aparecen intentos por evitar y/o suprimir la activación de la red, lo que dirige al conjunto de síntomas de evitación del trastorno. Plantean que la superación del trauma exige la modificación de las estructuras de miedo, que permanecen inaccesibles y no pueden desactivarse. Dado que la evitación sistemática es la responsable de bloquear el acceso a las estructuras de miedo y a la habituación estimular, va a estar asociada a la cronificación de los síntomas del TEPT. Defienden la exposición prolongada al recuerdo traumático como vía de intervención para desactivar este proceso anómalo, permitiendo el acceso y activación de la red de miedo presente en los recuerdos traumáticos y ofreciendo información incompatible con los errores cognitivos procesados (amenaza percibida) lo que permite el procesamiento emocional adecuado de los elementos cognitivos del suceso y su integración con las estructuras de memoria preexistentes.

De acuerdo con esta teoría, los intentos de conexión de las características emocionales y cognitivas del TEPT con sus correspondientes bases neurales, focalizan principalmente un conjunto de conexiones neurales que se sugiere están asociadas con el condicionamiento del miedo y los procesos generales de memoria en personas sanas y en el modelo animal. Este conjunto de conexiones neurales se compone principalmente de la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal medial. Las alteraciones en la interacción de estas estructuras se ha planteado como hipótesis de origen en la aparición de los síntomas de TEPT (Bremner, 2007; Brewin, 2001; Rauch, Shin y Phelps, 2006). Basado en el conocimiento de los diferentes efectos del estrés en el funcionamiento del hipocampo y la amígdala (Metcalf y Jacobs, 1996), se ha postulado que bajo el estrés traumático extremo se crea una red neuronal de miedo que se fortalece aún más y se amplía en respuesta a cada nuevo evento traumático, estando éstos posteriormente asociados con recuerdos

similares, la mayoría implícitos, que conducirían a la integración de los adicionales nudos en la red del temor preexistente (Foa y Kozak, 1986). Los resultados del estudio de Kolassa et al. (2010) sobre el efecto dosis-respuesta de los sucesivos traumas apoya esta hipótesis, considerando que los recuerdos más traumáticos que contiene la red de miedo serán más estables y menos probable la remisión espontánea de esa red y en consecuencia del TEPT.

La *Teoría Integradora* de Bryant y Harvey (2000) incluye una dimensión temporal que trata de explicar el paso de las reacciones postraumáticas agudas a manifestaciones crónicas. Las estrategias de afrontamiento que ponga en marcha la persona van a determinar el resultado final en relación al nivel de ajuste frente a las experiencias traumáticas. Así, el estrés agudo estaría relacionado con el uso de estrategias que posibiliten una activación sostenida de la red del miedo y la integración de información de las respuestas de miedo dentro de su funcionamiento psicológico normal, sin que necesariamente desarrolle estrés postraumático. Por el contrario, si ante la exposición a un acontecimiento traumático se activa la red de miedo, caracterizada por la presencia de síntomas de activación fisiológica y de reexperimentación, y no es posible integrar de manera adecuada estos fenómenos con el funcionamiento emocional del individuo, es más probable que se pongan en marcha estrategias de evitación. La evitación puede ser activa, de los estímulos potencialmente activadores de la red de miedo, o disociativa, interfiriendo en el procesamiento de las memorias traumáticas. La evitación activa actuará en forma de sesgos atencionales e interpretaciones catastrofistas en relación a las señales de amenaza y síntomas de reexperimentación. La disociación permitiría un embotamiento o distanciamiento emocional ante estímulos estresores, con el fin de evitar los síntomas de activación. Así, el afrontamiento evitativo obstaculizaría la activación de la red del miedo provocando un deterioro en el procesamiento emocional, y en consecuencia la mayor probabilidad de desarrollar TEPT. Las aportaciones de este modelo permiten explicar la respuesta postraumática a lo largo del tiempo, integrar la información sobre el curso y evolución diferencial de las diferentes reacciones, como son la reexperimentación y la disociación y permitir dar coherencia a la eficacia de las técnicas de exposición y cognitivas en el tratamiento del TEPT y el TEA (Sosa y Capafóns, 2005).

3.3.2.2. Modelos basados en dos o más sistemas de representación

La *Teoría de la Representación Dual del TEPT* (Brewin, 1989, 2001, 2003; Brewin et al., 1996) analizan los procesos de memoria implicados en el TEPT. Plantean que la experiencia de un evento traumático se almacenará en la memoria de manera dual a través de dos tipos de representaciones, verbal y/o situacionalmente accesible. La memoria verbalmente accesible (MVA) se refiere a la/s representación/es constituida/s por la experiencia consciente del trauma y que puede ser deliberadamente recuperada; la memoria situacionalmente accesible (MSA) corresponde a la/s representación/es constituida/s por el procesamiento inconsciente de la situación traumática, al que se puede acceder automáticamente cuando la persona está en un contexto, ya sea interno o externo, en que las características físicas o el significado es similar al de la situación traumática. Ambas representaciones son codificadas en paralelo en el momento del trauma, y conjuntamente explican la fenomenología del TEPT. Desde este modelo, para el procesamiento de las situaciones traumáticas, en primer lugar es necesario integrar conscientemente la MVA con las creencias preexistentes y los modelos del mundo, con objeto de reducir las emociones secundarios negativos generados por las implicaciones del trauma, reafirmando el control percibido, reatribuyendo responsabilidad en el hecho traumático y consiguiendo hacer juicios apropiados sobre sí y el mundo. En segundo lugar, se requiere activar la información de la MSA, a través de la exposición a las claves relativas al evento traumático para lograr prevenir la reactivación automática continua del conocimiento situacionalmente accesible del trauma (Brewin et al., 1996). La intervención debe focalizarse sobre ambos niveles de representación e intentar favorecer la transferencia de información desde la MSA a la MVA, ya que es justamente un fallo en dicha transferencia lo que propicia la aparición del TEPT (Brewin, 2001). Plantean que la exposición a las memorias traumáticas facilitará la extinción de las reacciones emocionales experimentadas durante el trauma y las reacciones emocionales secundarias, derivadas de la evaluación consciente del evento traumático, responderán a técnicas de terapia cognitiva. En este sentido, proponen iniciar la intervención con el tratamiento cognitivo seguido de exposición, ya que la activación de las reacciones emocionales secundarias durante la exposición podría interferir en la habituación a las respuestas de miedo, e incluso en su procesamiento a nivel verbal.

Recientemente, Brewin, Gregory, Lipton y Burgess (2010) revisan la teoría teniendo en cuenta los avances en neurociencia cognitiva, y en concreto en relación a las imágenes y recuerdos intrusivos. Parten del Modelo Neurocognitivo de Memoria e Imágenes Sanas, modificando la terminología relacionada con los dos tipos de memoria de la teoría de representación dual. Así, la MVA se integra en la "memoria contextual" y sus representaciones son denominadas "C-reps", reconociendo que la accesibilidad verbal no es la propiedad que la define, aunque la capacidad de recuperar y manipular deliberadamente estas representaciones contextuales ayudará a la expresión verbal. Estas representaciones, con el tiempo se integraría en la memoria semántica personal y está caracterizada por ser de acceso voluntario o involuntario, independiente, aloécéntrica, abstracta y verbalmente accesible. La "memoria sensorial" y sus representaciones "S-reps" sustituyen la MSA, reconceptualiza la memoria episódica y se caracteriza por ser involuntaria, automática, inflexible, egocéntrica, descriptiva y situacionalmente accesible. Esta memoria se asocia a las características de bajo nivel sensorial del evento, es de acción inmediata e incluye marcadores autonómicos de valores afectivos como el miedo o angustia. De acuerdo esta teoría, la percepción de eventos moderada o potencialmente estresantes se resuelve en la creación de C-reps y S-reps más perdurables, mientras que para eventos normales, las S-reps se desintegrarían rápidamente y llegarían a ser relativamente inaccesibles. Los dos tipos de representación pueden interactuar a través de las imágenes egocéntricas en el precúneo (base neural común a ambas representaciones y que permite ser activado en diferente dirección conectando ambas memorias). En el TEPT se produce una alteración en la memoria, provocando la disociación de ambas representaciones, explicando el origen o causa del cuadro y contribuyendo a la explicación del mantenimiento del mismo. La reformulación conduce a la reevaluación de la intervención con el TEPT. En este sentido, resaltan la importancia de la Exposición, EMDR o Reescritura (rescripting) de imágenes en los resultados de la psicoterapia. Sugieren la incorporación de estas estrategias en los paquetes de tratamiento y justifican el uso de la Exposición en base a la estructura neural común para los procesos C-reps y S-reps teniendo en cuenta que: (1) el mantenimiento de la atención focalizada de las imágenes en el precúneo facilita la transferencia de las S-reps dentro de las C-reps más elaboradas y que pueden ser integradas en la información biográfica preexistente, y (2) se facilita la asociación de estas representaciones entre sí a través de una vía neural que permite el

beneficio de ambas representaciones (S-reps de la contextualización proporcionada por el hipocampo y C-reps de la modificación de las asociaciones en relación al conocimiento autobiográfico y semántico derivado del control del cortex prefrontal). El tratamiento por tanto implica la elicitación de imágenes traumáticas involuntarias dirigiendo la atención a las mismas de manera sistemática, con mejor resultado si se realiza desde una perspectiva de “testigo” que un posicionamiento de “observador”. En resumen, la propuesta indica que hay dos conjuntos de recuerdos, uno que principalmente actúa para elicitación del miedo en preparación para la acción y otro que actúa fundamentalmente para modular el miedo por la contextualización.

La *Teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo y analógico (SPAARS)* o modelo SPAARS (Dalglish, 1999) considera que las emociones son la estrategia más importante que utiliza el sistema cognitivo para resolver los problemas. Proponen un modelo multirepresentacional compuesto por cuatro niveles o formatos de representación, con dos rutas de generación de emociones, una ruta controlada (intervienen los formatos de modelo esquemático, analógico y proposicional) y otra ruta automática (interviene el formato de representación asociativo, que genera y emite las emociones automáticas). Lo que explica el desarrollo de los síntomas del TEPT es la presentación de la información obtenida tras el suceso traumático. La información es evaluada inicialmente, por el formato de modelos esquemáticos, como amenazante o peligrosa, produciendo una emoción intensa de miedo. Este modelo esquemático contiene una serie de representaciones acerca del mundo y de sí mismo y es el encargado de asimilar la información acerca de la experiencia traumática. Sin embargo, la discrepancia que existe entre los dos tipos de información favorece la incompatibilidad y naturaleza amenazante de la misma, de modo que se incrementa la probabilidad de ocurrencia de sintomatología de reexperimentación. Ante esta reactivación del módulo de miedo, el individuo desarrolla estrategias de afrontamiento, que se caracterizan esencialmente por la evitación. Como el módulo de miedo está activándose continuamente, y la mayoría de los recursos cognitivos disponibles están siendo utilizados en valorar la información no integrada, no se utilizan estas estrategias en la mediación de otras emociones, como puede ocurrir en el caso de la ira, de forma que estos dos factores favorecen el aumento de la activación. Estos autores postulan que las diferencias individuales en la reacción ante el suceso traumático se basa en el contenido de los modelos esquemáticos, aumentando

la probabilidad de desarrollar un TEPT si el modelo es rígido, supervalorado e inflexible. El modelo plantea la exposición como técnica de elección para reducir sintomatología del TEPT a través de dos mecanismos, la reexperimentación en un ambiente seguro y la debilitación de las conexiones entre la información relativa al trauma y la vía automática de miedo, en el formato de representación asociativo.

La *Teoría Cognitiva* de Ehlers y Clark (2000) proporciona una conceptualización del TEPT que pretende recoger la mayoría de las propuestas anteriores. Proponen dos elementos explicativos para el desarrollo del TEPT: (1) diferencias individuales en la valoración del trauma y sus consecuencias y (2) diferencias individuales en la naturaleza de la memoria del suceso traumático y alteraciones en la memoria autobiográfica (caracterizada por una pobre elaboración y contextualización). Señalan que hay una relación recíproca entre la naturaleza de la memoria traumática y la evaluación del trauma y sus consecuencias. El recuerdo traumático de los individuos con TEPT está sesgado por la evaluación que hacen del mismo, recuperando selectivamente la información que es consistente con dicha evaluación y no los aspectos del suceso traumático que la contradicen, lo que impide los cambios a nivel cognitivo. Por otro lado, comportamientos disfuncionales (como la evitación o escape, inercia, conductas de seguridad, etc.) y estrategias cognitivas inadecuadas (como la supresión del pensamiento o rumiaciones) mantendrían el TEPT al impedir los cambios en la evaluación negativa del suceso estresante y sus consecuencias y en la elaboración de la memoria traumática y además predicen la cronicidad. En relación al procesamiento cognitivo se produce confusión y percepción de pérdida de control, aumentando la probabilidad de interpretar el trauma como una ratificación de la visión negativa de uno mismo. La naturaleza de la memoria traumática depende de la calidad del procesamiento de la información durante el trauma. Este procesamiento conceptual (organizado y contextualizado del significado del trauma) permite un análisis claro de la información traumática, así como la recuperación intencional de la misma. Sin embargo, un procesamiento básicamente sensorial daría lugar a un análisis desorganizado, que dificultaría el recuerdo intencional de la información traumática pero que sería activada ante estímulos asociados al trauma. Estos autores concluyen que la desorganización y fragmentación de las memorias traumáticas y la presencia de síntomas de disociación durante el trauma son predictores de la sintomatología de TEPT. Este modelo propone un cambio en tres áreas concretas: (1) la memoria sobre el trauma, (2) la valoración negativa

sobre la naturaleza del trauma y sus consecuencias y (3) el comportamiento disfuncional y las estrategias cognitivas inadecuadas. Para ello proponen diversas estrategias cognitivo-conductuales, entre las que destacan: reestructuración cognitiva, en imaginación a la memoria traumática en un ambiente seguro y la identificación y discusión cognitiva de los pensamientos. Dalglish (2004) señala que esta teoría enfatiza la importancia de las cogniciones en el TEPT y proporciona un marco adecuado para el tratamiento cognitivo-conductual.

3.3.3. Resumen

El TEPT, por su compleja etiología, ha favorecido el desarrollo de numerosos modelos explicativos que intentan no solo exponer la sintomatología característica del cuadro, sino los mecanismos implicados (memoria, atención, reacciones cognitivo-afectivas, creencias, estrategias de afrontamiento, etc.), la influencia de los factores predictores, moduladores y de vulnerabilidad entre otros y la dimensión temporal, en el desarrollo y mantenimiento del mismo.

Los modelos más representativos parten de la orientación cognitivo-conductual, diferenciándose entre aquellos basados en el Aprendizaje de los Cognitivos. Los modelos conceptuales conductuales se basan en la Teoría Bifactorial de Mower (1947, 1960), desarrollándose posteriormente otros como el Modelo sobre la etiología del TEPT de Keane y Barlow (2002). Los modelos cognitivos diferencian entre teorías que están basadas en un solo sistema de representación (Teoría del Procesamiento de la Información planteada por Resick y Schnicke, 1992; Teoría del Procesamiento Emocional de Foa y Kozak, 1986; Modelo Integrador de Bryant y Harvey, 2000, entre otras) de las que se fundamentan en al menos dos sistemas (Teoría de la Representación Dual del TEPT de Brewin, 1989, 2001, 2003; Brewin, Dalglish y Joseph, 1996; Teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo y analógico de Dalglish, 1999; Teoría Cognitiva de Ehlers y Clark, 2000). Estas últimas tienen mayor apoyo empírico y proporcionan un marco más adecuado para el tratamiento del TEPT.

4. TERAPIA PSICOLÓGICA EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

4.1. Terapias basadas en la evidencia

Las guías de tratamientos psicológicos en relación con la práctica basada en la evidencia (PBE) permiten conocer las recomendaciones específicas sobre las intervenciones más eficaces de entre las disponibles. En los últimos años, estas guías han proliferado y se han establecido como referentes para la elección de tratamientos de alta calidad, aunque con carácter orientativo y no normativo. La mayoría se han promulgado por organizaciones de salud, agencias gubernamentales, asociaciones profesionales y otras entidades (American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). A ellas se añaden las revisiones científicas y metaanálisis que pretenden identificar, evaluar y sintetizar toda la evidencia que se ajusta a unos criterios previamente establecidos sobre una cuestión específica (Crespo, 2012).

Para que un tratamiento psicológico pueda ser considerado PBE generalmente debe: (a) estar compuesto por un conjunto discreto de técnicas psicológicas específicas, (b) proporcionar el protocolo o manual de intervención detallado y (c) haber demostrado ser superior a un grupo control de no tratamiento u otro tipo de grupo control placebo para un diagnóstico específico en al menos dos estudios controlados aleatoriamente (Barlow, 2004, 2008; Chambless y Hollon, 1998; Kazdin 2008).

Las principales Guías de Práctica Clínica para el TEPT en adultos que cumplen con los criterios básicos de una revisión sistemática de la evidencia son señaladas a continuación y la tabla 4.1 muestra las características metodológicas y valoración de la evidencia de la investigación de las mismas:

- (1) American Psychological Association, Society of Clinical Psychology, Division 12, 2013 (<http://www.div12.org/>).

- (2) Clinical Practice Guideline for the Management of Post-traumatic Stress VA/DoD Management of Post-traumatic Stress Working Group, 2004 ([http://healthquality.va.gov/Post Traumatic Stress Disorder PTSD.asp](http://healthquality.va.gov/Post_Traumatic_Stress_Disorder_PTSD.asp)).
- (3) American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with ASD and PTSD American Psychiatric Association, 2004 (http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_11.aspx).
- (4) UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Guidelines National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005 (<http://www.nice.org.uk/Guidance/CG26>).
- (5) Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) Guidelines Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007 (<http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/mh13syn.htm>).
- (6) The National Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) Guidelines Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2009 (<http://www.istss.org>).
- (7) Institute of Medicine (2007). Treatment of PTSD: Assessment of the evidence. The National Academies Press, Washington, DC.
- (8) National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP), EEUU, 2013 (<http://nrepp.samhsa.gov/>).

Tal y como se desprende de la tabla 4.1, la revisión del IOM es la más rigurosa en términos metodológicos, valoración de la evidencia disponible en la literatura en el ámbito de estudio analizado, seguida en independencia y rigor por las guías del VA/DoD, NICE y NHMRC.

En cuanto a los resultados derivados del estudio de las intervenciones eficaces para el TEPT, todas estas las guías están de acuerdo en considerar la atención psicológica focalizada en el trauma como tratamiento de primera línea para el TEPT, encontrando la mayoría, a excepción del IOM, algún beneficio en el tratamiento farmacológico (Jonas et al., 2013). Más allá del amplio acuerdo, se encuentran algunas diferencias en las conclusiones de las mismas. La tabla 4.2 muestra las recomendaciones clave de las principales Guías de Práctica Clínica para el TEPT en adultos.

Tal y como se desprende de la tabla 4.2, la apuesta de la mayoría de las guías incluye tratamientos en los que el foco es el acontecimiento traumático, como la Terapia de Exposición Prolongada (TEP), la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC), y EMDR, y en definitiva, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Tabla 4.1. Características metodológicas y valoración de la evidencia de la investigación de las principales Guías de Práctica Clínica para el Trastorno de Estrés Postraumático en Adultos (modificada de Forbes et al., 2010)

Guía	Desarrollada por	Naturaleza de los estudios	Naturaleza de la revisión de la evidencia	Predeterminación del tamaño del efecto	Ponderación de la eficacia
División 12 American Psychological Association (1)	Psicólogos	ECA y equivalentes	Revisión de expertos	No	Dato y consenso
VA/DoD (2)	Interdisciplinar	ECA y menor nivel de evidencia si no hay ECA disponibles	Revisión de expertos	No	Dato y consenso
American Psychiatric Association (3)	Psiquiatras	ECA y menor nivel de evidencia si no hay ECA disponibles	Revisión de expertos	No	Dato y consenso
NICE (4)	Interdisciplinar	ECA	Metaanálisis	Si	Dato
NHMRC (5)	Interdisciplinar	ECA	Metaanálisis	Si	Dato
ISTSS (6)	Interdisciplinar	Todos los niveles de evidencia	Revisión de expertos	No	Dato y consenso
IOM (7)	Interdisciplinar	ECA de alta calidad	Metaanálisis	Si	Dato
NREPP(8)	Interdisciplinar	ECA	Metaanálisis (Revisión de la calidad de los estudios, no de la efectividad o eficacia de la intervención)	Si	Dato

Nota: ECA= Estudio controlado aleatorizado

Por otro lado, actualmente disponemos de una serie de psicoterapias efectivas para el tratamiento del TEPT (American Psychological Association, 2013), que no solo vienen marcadas por las guías derivadas de los organismos revisados (algunas de las cuales se repiten en la tabla incluyendo los grados de recomendación), sino por la propia investigación científica y diversos grupos de revisión, tal y cómo puede observarse en la tabla 4.3.

Tabla 4.2. Recomendaciones clave de las principales Guías de Práctica Clínica para el Trastorno de Estrés Postraumático en Adultos (modificada de Forbes et al., 2010)

Guía	Primer nivel Tratamiento Psicológico	Segundo nivel Tratamiento Psicológico	Primer nivel Tratamiento Farmacológico	Segundo nivel Tratamiento Farmacológico
División 12 American Psychological Association (1)	TEP TPC TCP Búsqueda de seguridad (comorbilidad con Trastorno uso de sustancias)	EMDR (apoyo fuerte, controvertido) EIE (apoyo modesto)	-	-
VA/DoD (2)	TC TE EIE EMDR	TEI PP TCC Breve	SSRIs	TCAs MAOIs
American Psychiatric Association (3)	TCCFT	EMDR EIE TEI	SSRIs	TCAs MAOIs
NICE (4)	TCCFT EMDR	-	-	Paroxetina Mirtazepina Fenelzina
NHMRC (5)	TCCFT EMDR+TE	CE	SSRIs	Mirtazepina TCAs
ISTSS (6)	TE TPC EMDR TC	PP	SSRIs y SNRIs SSRIs	Bupropion Trazodona
IOM (7)	TE (incluyendo TPC)	-	-	-
NREPP(8)	TEP TCCFT EMDR MRTE (específica para mujeres víctimas de violencia física y sexual) RIT Regulación Emocional en Trauma Boston Consortium Model o Búsqueda de seguridad (comorbilidad con Trastorno uso de sustancias)	-	-	-

Nota: TEP=Terapia Exposición Prolongada, TPC=Terapia de Procesamiento Cognitivo, TCP=Terapia centrada en el Presente, TC=Terapia Cognitiva, TE=Terapia Exposición, EIE=Entrenamiento Inoculación estrés, EMDR=Desensibilización y Reprocesamiento por movimientos oculares, TCCFT=Terapia Cognitivo Conductual focalizada en el Trauma, TEI=Terapia de Ensayo en Imaginación, PP=Psicoterapia Psicodinámica, TCC=Terapia Cognitivo Conductual, CE=Control de Estrés, MRTE=Modelo de Recuperación del Trauma y Empoderamiento, RIT=Reducción del Incidente Traumático SSRIs=Inhibidores de la recaptación selectiva de la serotonina, SNRIs=Inhibidores de la recaptación de la serotonina y norepinefrina, TCAs=Antidepresivos tricíclicos, MAOIs=Inhibidores de la monoaminoxidasa.

Tabla 4.3. Revisión de los tratamientos basados en la evidencia para el Trastorno de Estrés Postraumático en adultos (Guías de Tratamiento Psicológico, Revisiones, Metaanálisis)

Guías de Tratamiento Psicológico	Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12, 2013 (http://www.div12.org/)
	<ul style="list-style-type: none"> I. Apoyo empírico fuerte: <ul style="list-style-type: none"> i. Terapia de Exposición Prolongada (TEP) ii. Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) iii. Terapia Centrada en el Presente (TCP) iv. Búsqueda de Seguridad (cuando cursa con trastorno de uso de sustancias) v. Desensibilización y Reprocesamiento con movimientos oculares (EMDR) (controvertido) II. Apoyo empírico modesto: <ul style="list-style-type: none"> i. Inoculación de estrés (TIE) III. Sin apoyo empírico: <ul style="list-style-type: none"> i. <i>Debriefing</i> psicológico (potencialmente dañino)
	Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE, 2005) Reino Unido
	<ul style="list-style-type: none"> I. Grado de recomendación A: <ul style="list-style-type: none"> i. Tratamiento Psicológico centrado en el Trauma (TCCT):TCCT o EMDR II. Grado de recomendación B: <ul style="list-style-type: none"> i. TCCT se ofrece con independencia del tiempo transcurrido desde el suceso traumático ii. 8-12 sesiones regulares, continuas y terapeuta estable iii. No ofrecer a pacientes crónicos intervenciones no centradas en el trauma III. Grado de recomendación C: <ul style="list-style-type: none"> i. Incrementar el número de sesiones si comorbilidad u otros problemas (TCCT en plan general) ii. Dedicación de sesiones a construir relación terapéutica y estabilizar emociones si es necesario por dificultades para hablar del suceso traumático iii. Uso de formas alternativas de TCCT o combinación de TCCT y tratamiento farmacológico si es necesario IV. Recomendación basada en la práctica clínica: <ul style="list-style-type: none"> i. Informar de la falta de evidencia clínica respecto a la eficacia si se requieren otras formas de tratamiento
	Sociedad Internacional de Estudios sobre TEPT (International Society for Traumatic Stress Studies, ISTSS). Task Force of PTSD (Foa, et al., 2009)
	<ul style="list-style-type: none"> I. Tratamiento de primera línea TCC, que incluya: Terapia de Exposición (TE), Terapia Cognitiva (TC) o Terapia de Inoculación de Estrés (TIE) y sus combinaciones II. Tratamientos secundarios o auxiliares: Relajación, Biorretroalimentación y Entrenamiento en Asertividad III. Recomendación: Tratamiento centrado en el Trauma. Planificación: de 8 a 12 sesiones de 60 a 90 minutos de duración y frecuencia semanal. IV. Otras terapias que pueden incorporar elementos/estrategias de apoyo: Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC), Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y Terapia Dialéctica Comportamental (TDC)
	Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia (National Registry of Evidence-Based Programs and Practices – NREPP) EEUU - http://nrepp.samhsa.gov/. Recuperado el 8 de septiembre de 2013
	<ul style="list-style-type: none"> I. Valoración de la calidad de la intervención según objetivo terapéutico: síntomas postraumáticos y diagnóstico TEPT <ul style="list-style-type: none"> i. Exposición prolongada ii. Regulación Emocional en trauma II. Valoración de la calidad de la intervención según objetivo terapéutico: síntomas postraumáticos <ul style="list-style-type: none"> i. Modelo de recuperación del trauma y empoderamiento III. Valoración de la calidad de la intervención según objetivo terapéutico: síntomas postraumáticos y comorbilidad <ul style="list-style-type: none"> i. Boston Consortium Model ii. Búsqueda de Seguridad

Tabla 4.3. Continuación

Revisiones por grupos de expertos	Guía Práctica para el tratamiento del Trastorno de estrés agudo y TEPT, grupo de trabajo de expertos, Ursano et al. (2004)
	Indican como terapia de elección la TCC basada en la exposición y en formato de intervención individual
	Guía Práctica para el tratamiento del Trastorno de estrés agudo y TEPT, compilada por Benedeck, Friedman, Zatick y Ursano (2009)
	Indican como terapia de elección la TCC basada en la Exposición
	Departamento de Atención al Veterano de EEUU (U.S. Department of Veterans Affairs, en Karlin et al., 2010)
	Establecen como iniciativa nacional la implementación de la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) y la exposición Prolongada (EP) para el tratamiento del TEPT, incorporando la formación de terapeutas en el manejo de las mismas
Metaanálisis y/o Revisiones Sistemáticas	Servicio Nacional de Salud de Reino Unido (National Health Service of United Kingdom, en McHugh y Barlow, 2010)
	Establecen el acceso a un programa de terapias psicológicas proporcionando guías para el entrenamiento de los terapeutas en la TCC
	Van Etten y Taylor (1998)
	Comparan tratamiento psicológico y farmacológico y concluyen que el psicológico es superior (mejores efectos en medida del TEPT y comorbilidad y menor tasa de abandono)
	Bradley, Greene, Russ, Dutra y Westen (2005)
	Incluyen 26 estudios de tratamiento y ponen de manifiesto la superioridad de la TCC (tratamientos que incluyan exposición, terapia cognitiva y EMDR)
	Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards y Turner (2007)
	Incluyen 38 ECAs. Estudian la eficacia del tratamiento psicológico para el TEPT crónico. Resultados:
	I. Tratamiento psicológico de primera línea: Terapia focalizada en el trauma (TCCFT o EMDR)
	II. Evidencia limitada para: EIE y TCC en grupo
	III. Sin cambios clínicos importantes en los síntomas de TEPT, ansiedad o depresión: Terapia no directiva o de soporte, Terapia Psicodinámica, Hipnoterapia
	Ponniah y Hollon (2009)
	Incluyen 57 ECAs. Estudian la eficacia del tratamiento psicológico para el TEPT con independencia del tipo de trauma. Resultados:
	I. TCCFT es eficaz y específica en el tratamiento del TEPT
	II. EMDR es eficaz en el tratamiento del TEPT (con limitaciones en número de estudios y metodológicas)
	III. EIE es probablemente eficaz para el tratamiento del TEPT
	IV. TE, con o sin RC produce una mayor reducción de los síntomas de TEPT en comparación con el no tratamiento o tratamiento de mínima intervención, entrenamiento en relajación y asesoramiento o apoyo
	V. La RC sin TE es más eficaz que el tratamiento habitual o entrenamiento en relajación
	Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan y Foa (2010)
	Estudio de la Eficacia de la EP (9-13 sesiones de 90 minutos) en 675 pacientes de 13 estudios. Los resultados apoyan el valor de la TEP para reducir síntomas de TEPT y malestar subjetivo informado
	Jonas et al. (2013) Tratamientos Psicológicos y Farmacológicos para Adultos con TEPT, Agencia para la Investigación y Calidad de la asistencia sanitaria (AHRQ)
	Incluyen 92 ECAs, psicológicos y/o farmacológicos. Estudian la eficacia de cada tratamiento y la eficacia comparada entre ellos. Obtienen para los tratamientos psicológicos:
	I. Apoyo empírico fuerte: TE
	II. Apoyo empírico moderado: TPC, TC, TCC (terapias mixtas), EMDR y TEN
	III. Apoyo empírico bajo: TEB

Nota: TC=Terapia Cognitiva, TE=Terapia Exposición, EIE=Entrenamiento Inoculación estrés, EMDR=Desensibilización y Reprocesamiento por movimientos oculares, TCCFT=Terapia Cognitivo Conductual focalizada en el Trauma, TPC=Terapia de Procesamiento Cognitivo, TEI=Terapia de Ensayo en Imaginación, PP=Psicoterapia Psicodinámica, TCC=Terapia Cognitivo Conductual, CE=Control de Estrés, TEN=Terapia de Exposición Narrativa, TEB=Terapia Ecléctica Breve, RC=Reestructuración Cognitiva, SSRIs=Inhibidores de la recaptación selectiva de la serotonina, SNRIs=Inhibidores de la recaptación de la serotonina y norepinefrina, TCAs=Antidepresivos tricíclicos, MAOIs=Inhibidores de la monoaminoxidasa.

Del análisis de la tabla 4.3 se obtienen conclusiones similares, la evidencia considera el tratamiento de primera línea para el TEPT a la terapia focalizada en el trauma y Terapia de Exposición.

Los metaanálisis de Ponniah y Hollon (2009) y Bisson et al. (2007) coinciden en que la TCCFT y EMDR en formato individual son eficaces para el tratamiento de la sintomatología del TEPT, aunque Ponniah y Hollon (2009) indican que la evidencia para el EMDR está limitada por la escasez de estudios y utilización de muestras con traumas mixtos. El metaanálisis de Bisson et al. (2007) indica tamaños del efecto elevados comparando el tipo de tratamiento con la condición lista de espera (TCCFT, $d=-1.40$; EMDR, $d=-1.51$), sin que pueda establecerse diferencia entre ambos ($d=-0.02$), aunque la TCCFT se muestra superior a otras terapias ($d=-0.81$). Obtienen resultados que van en la dirección de que las terapias que no se centran en el trauma no obtienen beneficios clínicos en relación al cuadro, sin concluir que sea necesariamente un signo de falta de efectividad, sino del limitado número de estudios al respecto.

La Terapia basada en la Exposición, como la Exposición Prolongada, tiene una evidencia superior a otros tratamientos psicológicos para el TEPT, llegando a considerarse el tratamiento de elección (Institute of Medicine [IOM], 2007). La eficacia de la exposición está bien establecida tanto en el TCC individual para el TEPT (Powers et al., 2010), como en la TCC grupal (Barrera, Mott, Hofstein y Teng, 2013). No obstante, en este tipo de terapia, las tasas de abandono suelen ser superiores, con valores cercanos al 30% (26.4% en TCC grupal; Barrera et al., 2013 y 26.9% en TCC individual; Hembree, Foa, Dorfan, Street, Kowalski y Tu, 2003) y/o presentan síntomas residuales (solo un 15% experimentan una completa remisión de la sintomatología; Schnurr et al., 2007).

Recientemente se han realizado revisiones sistemáticas de gran calidad que han examinado la eficacia de la terapia de exposición para el TEPT (p.ej. Bisson et al., 2007; Cahill, Rothbaum, Resick y Follette, 2009; IOM, 2007). Cahill et al. (2009) y Hassija y Gray (2010) estudian el efecto de la incorporación de otras técnicas no basadas en la exposición añadidas a esta última y concluyen que no se detecta un beneficio claro en el uso de las mismas, aunque sugieren que la terapia cognitiva podría mejorar los resultados. No obstante, estos dos estudios se basan en resúmenes cualitativos y las comparaciones entre la terapia de exposición y la exposición más terapia cognitiva no implica que la

propia exposición se haya realizado bajo las mismas condiciones, de manera que limita el alcance de las conclusiones. En esta dirección, Kehle-Forbes, Polusny, MacDonald, Murdoch, Meis y Wilt (2012) realizan la primera revisión sistemática en la que estudian la eficacia de la incorporación de otros componentes a la exposición basándose en la hipótesis de la obtención de un mejor resultado dado que operan nuevos mecanismos de cambio. Siguiendo a Bryant et al. (2008) postulan que las técnicas de reestructuración cognitiva pueden mejorar los resultados de la terapia de exposición ya que trabajan a través de mecanismos diferentes (es decir, identificar y corregir los pensamientos desadaptativos que mantienen el TEPT) a los de la exposición (es decir, la habituación a las señales del trauma y la modificación de las estructuras del miedo demasiado generalizadas). Kehle-Forbes et al. (2012) obtienen resultados discretos pero estadísticamente significativos a favor del uso de técnicas añadidas a la exposición en el post-tratamiento y seguimiento a los seis meses en relación a los síntomas de TEPT indicados por los terapeutas en la muestra que inicia tratamiento. No se encuentran diferencias en las condiciones en las que los síntomas son auto-evaluados o auto-referidos, tampoco en la ausencia de diagnóstico, ni en los síntomas de depresión o ratios de abandono. El componente más frecuentemente añadido a la exposición fue la reestructuración cognitiva (en 6 de los 7 estudios incluidos en este estudio). Así, la investigación realizada hasta la fecha sobre la eficacia de la incorporación de técnicas no basadas en la exposición añadidas a ésta última ha mostrado resultados equívocos, debido en parte a la escasa potencia para poder detectar pequeñas diferencias en los tamaños del efecto entre los dos tratamientos para el TEPT (Cahill et al., 2009).

El metaanálisis de Jonas et al. (2013) aporta el nivel de evidencia (basado en Owens et al. 2010) y los tamaños del efecto globales relativos a cada tipo de tratamiento psicológico estudiado en relación a la mejora de los síntomas de TEPT y la ausencia de diagnóstico (ver tabla 4.4). A pesar del esfuerzo de estos autores por determinar la eficacia comparativa entre diversos tratamientos, si éstos difieren en eficacia para grupos específicos de traumas o incluso si alguno de ellos supone efectos adversos, las pruebas empleadas fueron incapaces de determinarlo, probablemente debido a que pocos estudios de los publicados hasta la fecha tienen bajo o medio riesgo de sesgo.

Tabla 4.4. Resumen de los resultados y nivel de evidencia de la eficacia de los tratamientos psicológicos para mejorar los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y/o lograr la ausencia de diagnóstico (modificada de Jonas et al., 2013)

Intervención	Resultado	Tamaño del efecto: Diferencia de medias estandarizada (<i>d</i> de Cohen)	Fuerza de la asociación: Diferencia de Riesgo (IC 95%)	Nivel de Evidencia *
TPC	Síntomas TEPT	-1.40 (-1.95 a -0.85; 4 estudios, N=299)		Moderada
	Ausencia diagnóstico		0.44 (0.26 a 0.62; 4 estudios, N=299) NNT 3	Moderada
TC	Síntomas TEPT	-1.22 (-1.91 a -0.53; 3 estudios, N=221)		Moderada
	Ausencia diagnóstico		0.51 (0.24 a 0.78; 3 estudios, N=221) NNT 2	Moderada
TCC-Exposición	Síntomas TEPT	-1.27 (-1.54 a -1.00; 7 estudios, N=387)		Alta
	Ausencia diagnóstico		0.66 (0.42 a 0.91; 3 estudios, N=197) NNT 2	Moderada
TCC-Mixta	Síntomas TEPT	-1.09 (-1.4 a -0.78; 14 estudios, N=825)		Moderada
	Ausencia diagnóstico		0.26 (0.11 a 0.41; 6 estudios, N=290) NNT 4	Moderada
EMDR	Síntomas TEPT	-1.08 (-1.83 a -0.33; 4 estudios, N=117)		Baja
	Ausencia diagnóstico		0.64 (0.46 a 0.81; 3 estudios, N=95) NNT 2	Moderada
TEN	Síntomas TEPT	-1.25 (-1.92 a -0.58; 3 estudios, N=227)		Moderada
	Ausencia diagnóstico		0.15 (0.01 a 0.30; 3 estudios, N=227)	Baja
TEB	Síntomas TEPT	Bajo a medio tamaño del efecto (3 estudios, N=96)		Baja
	Ausencia diagnóstico		Diferencia de riesgo de 0.125 a 0.58 (3 estudios, N=96)	Baja

Nota: TPC=Terapia de Procesamiento Cognitivo, TC=Terapia Cognitiva, EMDR=Desensibilización y Reprocesamiento por movimientos oculares, TCC=Terapia Cognitivo Conductual, TEN=Terapia de Exposición Narrativa, TEB=Terapia Ecléctica Breve, NNT= Número necesario a tratar * Nivel de Evidencia: Alta=Alta confianza en que la evidencia refleja el verdadero efecto. Es muy poco probable que más investigación cambie nuestra confianza en el nivel del efecto / Moderada= Moderada confianza en que la evidencia refleja el verdadero efecto. La investigación adicional puede cambiar la estimación y nuestra confianza en el nivel del efecto/ Baja= Baja confianza en que la evidencia refleja el verdadero efecto. Es probable que investigación adicional cambie la estimación y nuestra confianza en el nivel del efecto/ Insuficiente= La evidencia no está disponible o no permite la estimación del efecto.

Un resumen de la evolución de la producción científica en los últimos 15 años se aporta en la tabla 4.5, en la que se incluyen los ECA más relevantes clasificados según el tipo de intervención o enfoque utilizado.

Tabla 4.5. Resumen de los principales ECA para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático en adultos publicados en los últimos 15 años, clasificados según el tipo de intervención

	Estudio	Población Tipo de Trauma	Duración (Seguimientos)	Condiciones (N)	Resultados
TCC- Terapias Cognitivas: TC / TPC / RC	Ehlers et al. (2003)	Hombres y mujeres Accidente de tráfico	9 semanas, refuerzo de 0 a 3 sesiones (3, 6 y 9 meses)	G1:TC (62) G2:BA (28) G3:ER (29)	Instrumento: CAPS-Frecuencia e Intensidad / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 CAPS Frecuencia_Sg 3: Total, $p<0.001$ /G1 vs. G2, $p<0.001$ /G1 vs. G3, $p<0.001$ Sg 9: Total, $p<0.001$ /G1 vs. G2, $p<0.001$ /G1 vs. G3, $p=0.001$ CAPS Intensidad_Sg 3: Total, $p<0.001$ /G1 vs. G2, $p<0.001$ /G1 vs. G3, $p<0.001$ Sg 9: Total, $p=0.002$ /G1 vs. G2, $p=0.001$ /G1 vs. G3, $p=0.004$
	Chard et al. (2005)	Mujeres Abuso sexual infantil	17 semanas (3 y 12 meses)	G1:TPC (36) G2:MA (35)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: $p<0.001$ (interacción) / Ausencia diagnóstico, p (G1/G2) <0.001
	Ehlers, Clark, Hackmann, McManus y Fennel (2005)	Hombres y mujeres Diferentes traumas	4 a 12 semanas (3 y 6 meses)	G1:TC (14) G2:LE (14)	Instrumento: CAPS-Frecuencia e Intensidad / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 CAPS Frecuencia_Post-test: G1 vs. G2, $p<0.005$ /cambios en G1, $p<0.005$ y en G2, ns CAPS Intensidad_Post-test: G1 vs. G2, $p<0.005$ / cambios en G1, $p<0.005$ y en G2, ns Tamaño del efecto general, d , inician tratamiento 2.07, G1 vs. G2, 2.18
	Monson et al.(2006)	Hombres y mujeres Combate	10 semanas (1 mes)	G1:TPC (30) G2:LE (30)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: Superioridad del G1 Post-test y Sg: Grupo x Tiempo, $p<0.10$ Ausencia diagnóstico_Post-test: p (G1/G2) <0.001 y Sg: p (G1/G2) $=0.01$
	Mueser et al. (2008)	Hombres y mujeres Diferentes traumas	12 a 16 sesiones	G1:TC (54) G2:AT (54)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: Superioridad del G1 Post-test y Sg: $p=0.005$ (efecto grupo) Ausencia diagnóstico_Post-test: $p=0.63$ (efecto grupo)
	Resick, Galivski, Uhlmansiek, Scher, Clumb y Young-Xi (2008)	Mujeres Violencia interpersonal	6 semanas (2 semanas y 6 meses)	N=150 G1: TPC G2: TC G3: LE (Relatos Escritos)	Instrumento: / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: Mejora sintomatología en todos los grupos. Diferencias únicamente en medida intertratamiento con superioridad para el G1 respecto al G3. Tamaño del efecto general, g Hedges, completan tratamiento Postratamiento: G1=1.1, G2: 1.1, G3=0.7 Seguimiento 6 meses: G1=1.2, G2: 1.1, G3=1.0 Tamaño del efecto general, g Hedges, inician tratamiento Postratamiento: G1=0.9, G2: 0.9, G3=0.7 / Seguimiento 6 meses: G1=0.8, G2: 0.9, G3=0.9
	Forbes et al. (2012)	Hombres y mujeres fuerzas armadas	12 semanas (3 meses)	G1:TPC (30) G2:AT (29)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: $p=0.002$ / Sg: $p=0.649$ (efectos principales)
EMDR	Hogberg et al. (2007)	Empleados de transporte público sueco	2 meses	G1:EMDR (13) G2:LE (11)	Instrumento: CAPS / Medida: Ausencia de diagnóstico Conclusión: Superioridad de G1 Post-test: p (G1/G2) $=0.02$
	Van der Kolk et al. (2007)	Hombres y mujeres Diferentes traumas	8 semanas (6 meses)	G1:EMDR (29) G2:Fluoxetina (30) G3:Placebo (29)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 a medio plazo Post-test: Efecto tratamiento, ns /G1 vs. G2, ns / G1 vs. G3, ns /G2 vs. G3, ns Sg 6 meses: G1 vs. G2, $p=0.005$

Tabla 4.5. Continuación

	Estudio	Población Tipo de Trauma	Duración (Seguimientos)	Condiciones (N)	Resultados
TCC- Exposición: TE / TEI / TEV / TEP	Bryant et al. (2003)	Hombres y mujeres Diferentes traumas	8 semanas (6 meses)	G1:TEI (20) G2:TEI+RC (20) G3:SC (18)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: Superioridad de G1 y G2 vs. G3 CAPS-Intensidad_Post-test: $p<0.01$ (efectos principales) y Sg: $p<0.05$ (efectos principales) CAPS-Frecuencia_Post-test: $p<0.01$ (efectos principales) y Sg: $p<0.05$ (efectos principales) Ausencia diagnóstico_Post-test: $p(G2/G3) <0.05$ y Sg: $p(G1/G3) <0.07$, $p(G2/G3) <0.05$
	Basoglu, Salcioglu y Livanon (2007)	Hombres y mujeres Desastre Natural	1 sesión (4, 8 y 12 semanas y 12 meses)	G1:TEV (16) G2:LE (15)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Semana 4: G1 vs. G2, $p<0.01$ / Semana 8: G1 vs. G2, $p<0.01$
	Bryant et al. (2008)	Hombres y mujeres Diferentes traumas	6 meses	G1:TEP (31) G2:TEP+RC (28) G3:TEI (31) G4:TEV (28)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: Post-test: $p<0.01$ / Sg: $p<0.005$ (efectos principales) Ausencia diagnóstico_Post-test: $p<0.10$ y Sg: $p<0.01$
	Asukai et al. (2010)	Hombres y mujeres Diferentes traumas	8 a 15 sesiones- frecuencia semanal (3 y 12 meses)	G1:TEP (12) G2:AT (12)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 G1 vs. G2, $p<0.01$ (basado en la t de Student)
	Nacasch et al. (2011)	Hombres y mujeres Combate	9 a 15 semanas (12 meses)	G1:TEP (15) G2:AT (15)	Instrumento: PSS-I / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: Efecto Tratamiento x Tiempo, $p<0.001$ y Sg 12 meses: Efecto Tratamiento x Tiempo, ns
	Sloan, Marx, Bovin, Feinstein y Gallagher (2012)	Hombres y mujeres Accidente de tráfico	6 semanas (18 y 30 semanas)	G1:TEE (22) G2:LE (24)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Tamaño efecto general, g Hedges, postratamiento=3.49, seguimiento 18 semanas=2.18
Terapia Exposición Narrativa	Neuner et al. (2004)	Hombres y mujeres Refugiados sudaneses	3 a 4 semanas (4 y 12 meses)	G1:TEN (17) G2:Contar trauma (14) G3:Educación Psicosocial (12)	Instrumento: Entrevista Internacional para el Diagnóstico de TEPT / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Sg a los 12 meses: Efecto Grupo x Tiempo, G1 vs. G2, $p=0.01$ / G1 vs. G3, $p=0.01$
	Neuner et al. (2008)	Hombres y mujeres Refugiados (Ruanda y Somalia)		G1:TEN (111) G2:Contar trauma (111) G3:Sin intervención (55)	Instrumento: PDS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 y G2 vs. G3, sin diferencias entre G1 y G2 Post-test: Efecto Grupo x Tiempo, G1 vs. G2, $p=0.87$ / G1 y G2 vs. G3, $p=0.01$
	Neuner et al. (2010)	Hombres y mujeres Solicitantes de asilo		G1:TEN (16) G2:AT (16)	Instrumento: PDS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: Efecto Grupo x Tiempo, $p=0.01$

Tabla 4.5. Continuación

	Estudio	Población Tipo de Trauma	Duración (Seguimientos)	Condiciones (N)	Resultados
TCC-Mixta (incluye categorías heterogéneas): Psicoeducación / Autocontrol / Manejo Estrés / ER / EA / TE / RC / Imaginación guiada / Mindfulness, etc.	Fecteau y Nicki (1999)	Hombres y mujeres Accidente tráfico	4 semanas (6 meses)	G1:TCC-Mixto (22) G2:LE (21)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: $p<0.01$ (efecto grupo)
	Cloitre, Koenen, Cohen y Han(2002)	Mujeres Abuso sexual infantil	12 meses (3 y 9 meses)	G1:TCC-Mixto (31) G2:LE (27)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: $p<0.01$ (interacción)
	Blanchard et al. (2003)	Hombres y mujeres Accidente tráfico	8 a 12 semanas (3 meses)	G1:TCC-Mixto (27) G2:CS (27) G3:LE (24)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: G1 vs. G2, $p=0.002$ / G1 vs. G3, $p<0.001$ / G2 vs. G3, $p=0.012$ Sg: G1 vs. G2, $p=0.003$
	Kubany et al. (2003)	Mujeres Violencia interpersonal	8 a 11 sesiones (3 meses)	G1:TCC-Mixto (19) G2:LE (18)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: G1, $p>0.05$ / G2, ns y Sg: G1, ns / G2 post-test, $p>0.05$ y Sg: ns
	Kubany et al. (2004)	Mujeres Violencia interpersonal	De 4 a 5 semanas y media (3 y 6 meses)	G1:TCC-Mixto (63) G2:LE (62)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1, diferencias entre los grupos
	Hinton et al. (2005)	Hombres y mujeres Refugiados camboyanos	12 semanas	G1:TCC-Mixto (20) G2:LE (20)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: Superioridad al pos-test del G1 Post-test: $p<0.001$ (diferencias entre grupos) y Sg: no hay diferencias entre grupos Ausencia de diagnóstico_ Post-test: $p(G1/G2)<0.001$
	Litz, Engel, Bryant y Papa (2007)	Hombres y mujeres Combate	8 semanas (3 y 6 meses)	G1:TCC-Mixto (24) G2:SC (21)	Instrumento: PSS-I / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 a medio plazo Análisis Inician Tratamiento_ Post-test: $p<0.001$ (efecto tiempo) y Sg 3 meses: G1 vs. G2, ns. Análisis Completan Tratamiento_ Sg 3 meses: G1 vs. G2, ns y Sg 6: G1 vs. G2, $p=0.06$
	Van Emmerik, Kamphuis y Emmelkamp (2008)	Hombres y mujeres Diferentes traumas	5 sesiones- de 91 a 973 días	G1:TCC-Mixto (41)/G2:Terapi a Expresión Escrita (44) G3:LE (40)	Instrumento: SCR y IES / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: Superioridad del G1 y G2 en postratamiento y seguimiento frente G3. No se observan diferencias entre G1 y G2. Concluyen que la Terapia de Expresión Escrita puede considerarse como una terapia emergente en el tratamiento del TEPT
	Cottraux et al. (2008)	Hombres y mujeres Diferentes traumas	16 semanas (1 y 24 meses)	G1:TCC-Mixto (31) G2:SC (29)	Instrumento: PCL / Medida: Proporción sin diagnóstico al post-test Conclusión: Superioridad del G1 G1 vs. G2, $\chi^2=10.58$, $df=2$, $p=0.01$
	Kruse, Joksimovic, Cavka, Wöller y Schmitz (2009)	Hombres y mujeres Refugiados	3 meses -1/2 semana hasta 25 horas (12 meses)	G1:TCC-Mixto (35) G2:AT (35)	Instrumento: HTQ / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: $p<0.001$ (efecto interacción) / G1, $p>0.001$ (efecto intragrupo) / G2, $p>0.05$ (efecto intragrupo)
	Hinton et al. (2009)	Refugiados víctimas de genocidio	12 semanas	G1:TCC-Mixto (12) / G2:TCC-Mixto (12)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad al pos-test del G1 Post-test: $p<0.01$ (diferencias entre grupos) y Sg: no hay diferencias entre grupos

Tabla 4.5. Continuación

Estudio	Población Tipo de Trauma	Duración (Seguimientos)	Condiciones (N)	Resultados
TCC-Mixta	Cloitre et al. (2010)	Mujeres Abuso infantil mixto 16 semanas (3 y 6 meses)	G1:TCC-Mixto (33) / G2:TCC-Mixto (38) / G3:TCC-Mixto (33)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: No hay diferencias entre G1 y G2, superioridad de G1vs. G3 Post-test: ns (interacción), Sg 3 meses: G1 vs. G3, p=0.01 Ausencia de diagnóstico_ Post-test: p=0.04, p(G1/G2)=0.04
	Liedl et al. (2011)	Hombres y mujeres Refugiados 10 sesiones (3 meses)	G1:TCC-Mixto (12) / G2:TCC-Mixto (12) / G3:LE (12)	Instrumento: PDS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Sin diferencias intragrupo y superioridad del G2 vs. G1 y G3 Post-test: Tamaño del efecto G1, d=0.19 / G2, d=0.48 Post-test: Efecto intragrupo, ns y Sg: Efecto intragrupo, ns
	Johnson et al. (2011)	Mujeres Violencia interpersonal 8 meses (1 semana, 3 y 6 meses)	G1:TCC-Mixto (35) G2:AT (35)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: No hay diferencias entre tratamientos Post-test: p<0.0001 (efecto tiempo) y p>0.05 (efecto tratamiento)
	Spence et al. (2011)	Hombres y mujeres Diferentes traumas 8 semanas (3 meses)	G1:TCC-Mixto (23) / G2:LE (21)	Instrumento: PCL-C / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: G1 vs. G2, p<0.03
	Hinton et al. (2011)	Mujeres No específica trauma 14 semanas (12 semanas)	G1:TCC-Mixto (12) G2:ER (12)	Instrumento: Listado síntomas / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad al pos-test del G1 Post-test: G1 vs. G2, p<0.05 (t student)
Combinaciones posibles de Terapias	Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund y Muraoka (1998)	Hombres Veteranos combate Vietnam 6 semanas (3 y 9 meses)	G1:ER (13) G2:EMDR (10) G3:AT (12)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G2 CAPS-Intensidad_ Sg: p<0.002 (efecto grupo x tiempo) CAPS-Frecuencia_ Sg: p<0.0004 (efecto grupo x tiempo) CAPS-General_ Sg 9 meses: p<0.05 Tamaño efecto general, d, G2 vs. G3 1.26 al post-test y G2 vs. G1 al seguimiento 1.25
	Marks et al. (1998) Lovell, Marks, Noshirvani, Thasher y Livanou (2001)	Hombres y mujeres Diferentes traumas 16 semanas, 10 sesiones (1, 3 y 6 meses)	G1:TEP (23) G2:RC (13) G3:RC+TEP (24) G4:ER (21)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1, G2 y G3 vs. G4 Marks et al. (1998) Post-test: p=0.005, Sg 1 mes: p=0.01, Sg 3 meses: p=0.005 Lovell et al. (2001) Reexperimentación_ Post-test: p<0.02, Sg 1 mes: ns, Sg 3 meses: ns Evitación_ Post-test: p<0.04, Sg 1 mes: p<0.02, Sg 3 meses: p<0.01 Hiperactivación_ Post-test: ns, Sg 1 mes: ns, Sg 3 meses: ns Miedos asociados_ Post-test: p<0.04, Sg 1 mes: ns, Sg 3 meses: ns
	Foa et al. (1999a)	Mujeres Agresión 9 semanas (3, 6 y 9 meses)	G1:TEP (26) G2:EIE (25) G3:TEP+EIE (30) / G4:LE (15)	Instrumento: PSS-I / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: Efecto Total, p<0.01 / G1 vs. G4, p<0.001 / G2 vs. G4, p<0.05 / G3 vs. G4, p<0.05 Tamaño del efecto, d, G1=0.85, G2=1.46 y G3=0.82
	Tarrier et al. (1999)	Hombres y mujeres Diferentes traumas 16 sesiones (6 y 12 meses)	G1:TEI (35) G2:TC (37)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: No hay diferencias entre los grupos Post-test: G1 vs. G2, ns _ Sg 12 meses: G1 vs. G2, ns
	Resick et al. (2002, 2003, 2012)	Mujeres Agresión sexual 6 semanas (3 y meses, 5 y 10 años)	G1:TC (62) G2:TEP (62) G3:MA (47)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: Superioridad del G1, G2 vs. G3, sin diferencias entre G1 y G2 Post-test: p<0.0001, Sg 3 meses: p<0.0001, Sg 9 meses: p<0.0001, Sg 5 y 10 años, ns Ausencia de diagnóstico_ Post-test: G1 vs. G2, ns

Tabla 4.5. Continuación

Combinaciones posibles de Terapias (comparaciones)	Estudio	Población Tipo de Trauma	Duración (Seguimientos)	Condiciones (N)	Resultados
	Schnurr et al. (2003)	Hombres Combate	30 semanas (7 y 12 meses)	G1:TE (180) G2:TCP (180)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Ambos tratamientos se muestran eficaces Post-test: $p=0.29$ (efecto tratamiento), $p=0.01$ (efecto cohorte), $p=0.04$ (tratamiento x cohorte) _ Sg 7 meses: G1, $p<0.001$ y G2, $p<0.001$ _ Sg 12 meses: G1, $p<0.001$ y G2, $p<0.001$
	Taylor et al. (2003)	Hombres y mujeres Diferentes traumas	8 semanas (1 y 3 meses)	G1:ER (19) G2:TEP (22) G3:EMDR (19)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: No hay diferencias entre los tratamientos Análisis Inician Tratamiento_ Post-test: ns Análisis Completan Tratamiento_ Post-test: G1, $p<0.005$ / G2, $p<0.001$ / G3, $p<0.005$
	Foa et al. (2005)	Mujeres Agresión	12 semanas- 9 a 12 sesiones (3, 6 y 12 meses)	G1:TEP G2:TEP+RC G3:LE	Instrumento: PSS-I / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 y G2 vs. G3. No hay diferencias entre G1 y G2 Post-test: Efecto Interacción, $p<0.01$ /G1 vs. G3, t student, $p<0.001$
	McDonagh et al. (2005)	Mujeres Abuso sexual infantil	14 semanas (3 y 6 meses)	G1:TCC-Mixto (29) G2:TCP (22) G3:LE (23)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad de G1 y G2 vs. G3, mejores resultados G1 (no significativos) Post-test: Grupo x Tiempo, $p<0.01$
	Rothbaum, Astin y Marsteller (2005)	Mujeres Agresión sexual	4 semanas y media (6 meses)	G1:TEP (24) G2:EMDR (26) G3:LE (24)	Instrumento: PSS / Medida: Remisión de síntomas y ausencia de diagnóstico Conclusión: Superioridad del G1 y G2 en postratamiento y seguimiento frente G3. No se observan diferencias entre G1 y G2 en ninguno de los momentos de evaluación. Tamaño del efecto (<i>Wilks's Lambda</i>) al postratamiento: G1 vs G2=0.01 Ausencia diagnóstico al postratamiento : G1 95%, G2 75%, G3 10%
	Schnurr et al. (2007)	Mujeres militares Diferentes traumas	10 semanas (3 y 6 meses)	G1:TEP (141) G2:TCP (143)	Instrumento: CAPS / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad del G1 Post-test: $p=0.03$ (efecto tratamiento), $p=0.37$ (efecto tratamiento x tiempo) G1 vs. G2: Post-test, $p=0.01$ _ Sg 3 meses, $p=0.047$ _ Sg 6 meses, $p=0.21$ Tamaño del efecto, d , G1 vs. G2 0.27 al post-test
	Classen et al. (2011)	Hombres y mujeres Abuso sexual infantil	24 semanas (6 meses)	G1:TCCFT (55) G2:TCP (56) G3:LE (55)	Instrumento: PCL-S/ Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Superioridad de G1 y G2 vs. G3. No hay diferencias entre G1 y G2 Tamaño efecto general, d , postratamiento: Completan tratamiento : G1 y G2 vs G3= 0.89, G1 vs G2 = 0.03 Inician tratamiento : G1 y G2 vs G3= 0.44, G1 vs G2 = 0.16
	Nijdam, Gersons, Reitsma, de Jongh y Olff(2012)	Hombres y mujeres Diferentes traumas	17 semanas	G1:EMDR (70) G2:TEB (70)	Instrumento: SI-PTSD / Medida: Remisión de síntomas Conclusión: Ambos grupos son eficaces Post-test1: Diferencia de medias, $p<0.001$ y Post-test2: Diferencia de medias, $p=0.29$

Nota: TCC=Terapia Cognitivo Conductual, TC=Terapia Cognitiva, TPC=Terapia de Procesamiento Cognitivo, RC=Reestructuración Cognitiva, IE=Inoculación de Estrés, EA=Entrenamiento en Asertividad, BF=Biofeedback, ER=Entrenamiento en relajación, TE=Terapia Exposición, TEP=Terapia de Exposición Prolongada, TEI=Terapia Exposición en Imaginación, TEV=Terapia Exposición en Vivo, TEE=Terapia de Exposición Escrita, TCP=Terapia centrada en el presente (Tipo terapia soporte), EMDR=Desensibilización y Reprocesamiento por movimientos oculares, , TEN=Terapia de Exposición Narrativa, TEB=Terapia Ecléctica Breve, BA=Bibliografía de Autoayuda (principios de la TCC), MA=Mínima atención (Tipo grupo lista de espera), ER= Evaluación Repetida (Tipo grupo lista de espera), LE=Lista de Espera, AT=Atención habitual, SC= Soporte control. G1=grupo 1, G2=grupo 2, G3=grupo 3. CAPS=Clinician-administered PTSD Scale, IES=IMPact of Event Scale, PCL=The self-rated PTSD symptoms Checklist, PSS-I=The PTSD Symptom Scale Interview, HTQ=Harvard Trauma Questionnaire, PDS=Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, SI-PTSD=Structured Interview for PTSD

Friedman, Cohen, Foa y Keane (2009) recomiendan una serie de criterios a tener en cuenta para realizar una buena elección en un tratamiento para el TEPT, estos son: (1) eficacia esperada para mejorar la severidad del TEPT, (2) trastornos o problemas asociados, (3) dificultades, efectos secundarios y efectos negativos, (4) aceptabilidad y consentimiento, (5) idoneidad cultural, (6) duración, coste y disponibilidad de recursos, (7) implicaciones legales, administrativas y forenses, (8) accesibilidad y aceptabilidad de la familia.

La literatura científica nos indica otros factores que contribuyen a la aplicación eficaz de los tratamientos basados en la evidencia, entre ellos destacan la alianza terapéutica y el efecto del propio terapeuta. La alianza terapéutica ha mostrado una estimación de 3 a 5% de la variabilidad de los resultados (Horvath, Del Re, Flückiger y Sydmonds, 2011). Un estudio reciente (Laska, Smith, Wislocki, Minami y Wampold, 2013) realizado con Terapia de Procesamiento Cognitivo aplicada a veteranos de guerra con TEPT obtiene resultados que informan de aproximadamente un 12% de la variabilidad al final del tratamiento atribuible al terapeuta. Este mismo estudio utiliza un evaluador ciego (supervisor) que identifica como características y acciones de los terapeutas eficaces: el abordaje eficaz de la evitación, el lenguaje utilizado en supervisión, el estilo interpersonal flexible y la capacidad para desarrollar una fuerte alianza terapéutica.

Por otro lado, uno de los principales problemas de los tratamientos psicológicos para el TEPT es la alta tasa de abandono, que se ha descrito entre el 18% (Imel, Laska, Jakupcak y Simpsom, 2013) y el 20% (Bradley et al., 2005; Hembree et al., 2003); porcentajes no alejados de los obtenidos para el tratamiento de trastornos psicológicos en general (19.7%, Swift y Greenberg, 2012). De los metaanálisis que han comparado las tasas de abandono para diferentes categorías de tratamiento del TEPT (Bisson et al., 2007; Bradley, et al., 2005; Hembree et al., 2003; Imel et al., 2013) ninguno sostiene diferencias estadísticamente significativas entre las mismas. No obstante, se ha observado variabilidad en los porcentajes de abandono en los tratamientos basados en la exposición, 33%, frente a la terapia sin exposición, 17% (Bradley et al., 2005) y tratamientos centrados en el trauma, 36%, en comparación a la terapia centrada en el presente, 22% (Imel et al., 2013). Además, la modalidad de tratamiento grupal y un mayor número de sesiones predicen el incremento del abandono del tratamiento (Imel et al., 2013).

4.2. Tratamiento Individual versus Grupal

La TCCFT para el TEPT está diseñada para ser utilizada tanto en formato individual como grupal, sin embargo, la literatura científica se ha centrado en mayor medida en examinar la eficacia y efectividad de la aplicación individual en comparación con la grupal. Así, por ejemplo las directrices del Instituto Nacional de Reino Unido para la Excelencia Clínica y de la Salud (NICE, 2005) se han centrado en que el apoyo de la evidencia en la TCC grupal es menos convincente que la individual (aun estando basada esta recomendación en solo tres estudios de TCC grupal clínicos aleatorizados) al igual que otras guías de tratamiento para el TEPT en todo el mundo (ver Forbes et al., 2010). A pesar de la larga tradición del tratamiento psicológico en grupo, de las indiscutibles ventajas clínicas y de eficiencia y los resultados favorables en el post-tratamiento y superiores al grupo control-lista de espera en la TCCFT grupal para el TEPT (Alonso, 2007; Bisson y Andrew, 2007; Cáceres et al., 2011; Foa et al., 2000b; Rincón y Labrador, 2004; Sloan, Feinstein, Gallagher, Beck y Keane, 2013), hasta la fecha no ha podido imponerse al formato basado en terapia individual. Aunque no se han publicado artículos que comparen directamente la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el TEPT en formato individual versus grupal, un reciente metaanálisis (Sloan et al., 2013) revisa 16 estudios de terapia psicológica grupal para el TEPT concluyendo que, la terapia psicológica en grupo es más eficaz que el no tratamiento y se ha asociado con una reducción significativa de la gravedad de los síntomas de TEPT al finalizar el tratamiento ($d=0.71$); aunque los tamaños del efecto son inferiores a los obtenidos típicamente en el formato individual (generalmente superiores a 1.0; Cahill et al., 2009). Este mismo estudio indica que los tamaños del efecto son inferiores para hombres respecto a mujeres o muestras de género mixtas y también menores cuando el tipo de trauma era derivado de supervivientes de combate y en casos de niños abusados sexualmente en contraste con muestras mixtas expuestas diversos traumas. Uno de los principales problemas en la aplicación de un formato u otro es la adaptación de los protocolos, encontrándose algunas dificultades y/o reticencia profesional en el uso y consecuencias de la exposición en imaginación en la TCC en grupo para el TEPT. Barrera et al. (2013) realizan una revisión sistemática de los estudios empíricos con protocolos de TCC en formato grupal para el TEPT incorporando tanto los que incluyen la exposición en grupo como los que no. Los resultados de este metaanálisis sugieren no solo que el TCC grupal es eficaz, sino que

no hay diferencias significativas en los tamaños del efecto entre tratamientos que incluyen la exposición en grupo de los que no lo hacen, proporcionando soporte de este modo al uso de la TCC grupal basada en la exposición. No obstante, al igual que resultaba en el metaanálisis de Sloan et al. (2013), el tamaño del efecto pre-post para la TCC grupal (g de Hedges=1.13) es menor que el obtenido en la TCC individual (g de Hedges)=1.65; en Bradley et al., 2005). Aunque los autores justifican que las dosis de exposición pueden estar en la base de la explicación de esta diferencia entre tamaños del efecto, habiéndose beneficiado posiblemente de mejores condiciones en la exposición el formato individual, no hay información ni evidencia suficiente para aceptar esta hipótesis.

4.3. Resumen

La tendencia crónica e incapacitante del TEPT ha permitido el desarrollo de numerosas propuestas terapéuticas desde diversos enfoques, entre las que algunas han alcanzado el suficiente soporte empírico. Así, la TCCFT y EMDR muestran el mayor soporte empírico (Bisson et al., 2007; Ehlers et al., 2010; Ponniah y Hollon, 2009) y han demostrado ser igualmente eficaces (Bisson y Andrew, 2007; Seidler y Wagner, 2006).

Los principales componentes de los tratamientos basados en la evidencia incluyen la exposición en imaginación y/o en vivo al trauma, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades conductuales. Estos elementos son consistentes con la reciente Guía Práctica de la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Traumático, la American Psychiatry Association, y otras organizaciones de la salud que enfatizan la importancia de la exposición al trauma e identifican la TCCFT como la primera línea de tratamiento para el TEPT (Benedek et al., 2009; Foa et al., 2009; Forbes et al., 2010; IOM, 2008; Veterans Health Administration and Department of Defense and Department of Defense, 2010).

La ausencia de estudios de comparación de formato (individual vs. grupal) para la TCC de TEPT marca una clara necesidad de potenciar la investigación en esta área para poder responder al impacto y potenciales beneficios de la TCC grupal frente a la individual o viceversa. Los metaanálisis más recientes parecen indicar, no obstante, que aunque ambos formatos de intervención son eficaces, los tamaños del efecto para el formato individual son superiores a los obtenidos el grupal.

5. TERAPIA PSICOLÓGICA EN MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

5.1. Situación actual

La OMS (WHO, 2013), tal y como se ha señalado en el capítulo II, indica (recomendación de grado fuerte y calidad de la evidencia baja-moderada) que en los casos en que las mujeres que como consecuencia de la violencia por parte de sus parejas han desarrollado TEPT (deben cumplir los criterios diagnósticos), se debe aplicar la TCC y/o EMDR, siempre y cuando éstas ya no experimenten violencia y la psicoterapia sea aplicada por profesionales con un amplio conocimiento y comprensión del fenómeno de la VCP.

En la misma dirección, la Guía de Práctica Clínica de Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja del Sistema Nacional de Salud (2010) Español aporta directrices específicas para las mujeres con TEPT por la exposición a la VCP, basadas en intervenciones avaladas científicamente (ver tabla 5.1).

Por otro lado, diversos estudios de revisión y/o metaanálisis llevados a cabo en este ámbito (Eckhardt et al., 2013; Mendes et al., 2008; Roberts et al., 2008; Warshaw et al., 2013) proporcionan solidez a la consideración de la TCC como la terapia de elección para las víctimas de violencia en las relaciones íntimas con TEPT y depresión. Algunos autores resaltan la importancia de que la terapia esté focalizada en el trauma (Warshaw et al., 2013), considerando que la población objeto de estudio cuenta con características específicas que precisan un diseño de intervención más adaptado a sus necesidades. En consonancia con esta idea, los principales estudios ya revisados en el capítulo II (ver cuadro 2.2) proporcionan claves y componentes diferentes en relación a los programas de tratamiento. En este sentido, se plantea la duda de si están dirigidos a la recuperación del trauma o a la reducción de los síntomas del trauma,

aunque la mayoría de los estudios utilizan medidas de resultado para evaluar la eficacia en la reducción de los síntomas de TEPT y depresión.

Tabla 5.1. Resumen de las principales recomendaciones para el Trastorno de Estrés Postraumático de la Guía de Práctica Clínica de Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja (2010) del Sistema Nacional de Salud Español (modificada)

Recomendaciones según momento de intervención	Calidad de la evidencia	Recomendación basada en
Actuación Temprana (evento traumático reciente)		
- Se recomienda mantener actitud de alerta si los síntomas son leves y de menos de 4 semanas de duración - Hacer revisión/seguimiento al mes	C	NICE
No proporcionar una sola sesión individual focalizada en el trauma	A	NICE
Durante los tres primeros meses tras el evento traumático		
Ofrecer TCCFT en los tres meses posteriores al trauma	A	NICE
Si el TEPT presenta síntomas severos se recomienda el uso de TCCFT individual y ambulatoria en el primer mes tras el trauma	B	NICE
Duración de la TCCFT de 8 a 12 sesiones (si el tratamiento se inicia de forma temprana pueden ser suficientes 5 sesiones)	B	NICE
La intervención será regular (con sesiones más largas si se trata el evento traumático, p.ej. 90 minutos) y frecuente (semanal y mismo terapeuta)	B	NICE
No deben ofrecerse de forma rutinaria terapias dirigidas al trauma y/o relajación	B	NICE
Considerar otros tratamientos psicológicos (p.ej. sistémicos) si los recomendados no son efectivos y/o añadirle el tratamiento farmacológico	C	NICE
Más de tres meses después del evento traumático		
Son válidas las mismas recomendaciones que en el apartado anterior añadiendo como estrategia de intervención el EMDR. Además:		
La TCCFT y EMDR pueden ofrecerse independientemente del tiempo transcurrido desde la ocurrencia del evento traumático	B	NICE
Cuando se dan eventos traumáticos múltiples o prolongados en el tiempo, con síntomas graves, comorbilidad y problemas sociales, la intervención puede extenderse más de 12 sesiones e integrarse en un plan general de cuidados	C	NICE
En casos con dificultades para relatar el trauma dedicar sesiones previas a facilitar la confianza con el/la profesional y permitir la estabilización emocional	C	NICE
Recomendaciones según comorbilidad		
TEPT + Depresión: Trabajar en primer el TEPT, puesto que la depresión mejorará frecuentemente al tratar exitosamente el TEPT	C	NICE
TEPT + Depresión Severa: Se recomienda tratar primero la depresión (en casos en los que se evidencia una extrema falta de energía y concentración, inactividad o alto riesgo de suicidio)	C	NICE
TEPT + Riesgo alto de suicidio o daño a terceros: Centrarse inicialmente en el manejo del riesgo	C	NICE
TEPT + Dependencia de alcohol/drogas: Atención inicial al problema de sustancias	C	NICE
TEPT + Trastorno de Personalidad: aumentar la duración del tratamiento	C	NICE

Nota: Calidad de la Evidencia basada en el sistema de Eccles y Mason (2001) y Mann (1996): **Nivel A**=Nivel de evidencia I sin extrapolación (Un único ECA o un metaanálisis de ECA) / **Nivel B**=Niveles de evidencia II (Al menos un estudio sin aleatorización bien controlado o estudio cuasiexperimental bien diseñado) y III (Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados). Extrapolación de evidencia del nivel I / **Nivel C**=Nivel de evidencia IV (Evidencia de informes u opiniones de comités de expertos y/o experiencia clínica de autoridades reputadas). Extrapolaciones de evidencias de los niveles I y II. No existen o están disponibles estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables.

Abreviaturas: NICE=National Institute for Health and Clinical Excellence, TCCFT=Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma, EMDR=Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares

Así, y de manera más específica, si se tienen en cuenta tan solo las investigaciones que establecen el TEPT como objeto de tratamiento y que aplican la TCC (Johnson et al., 2011; Johnson y Zlotnick, 2006; Labrador y Alonso, 2010; Labrador et al., 2006, 2009a; Labrador y Rincón, 2002, 2004; Kubany et al., 2003, 2004), se pueden

observar ciertas diferencias en los componentes de los tratamientos, tal y como ilustra el cuadro 5.2.

Tabla 5.2. Componentes principales de los tratamientos basados en la investigación para mujeres afectadas por la violencia contra la pareja con Trastorno de Estrés Postraumático

TC para el Trauma (TCT) Kubany et al. (2003, 2004)	HOPE Johnson y Zlotnick (2006), Johnson et al. (2011)	TCC grupal para VCP Labrador y Rincón (2002, 2004), Rincón (2003), Alonso (2007), Labrador y Alonso (2010), Cáceres (2011), Cáceres et al. (2011) TCC individual para VCP Labrador et al. (2006, 2009a)
Psicoeducación (sobre TEPT)	Psicoeducación	Psicoeducación (sobre VCP)
Manejo del estrés (relajación)	Manejo de disparadores	Manejo del estrés (respiración)
Estrategias de fortalecimiento	Estrategias de fortalecimiento	Planificación de actividades agradables
Abordaje culpa	Abordaje duelo	Abordaje autoestima
Estrategias de comunicación asertiva	Aprovechamiento de recursos comunitarios disponibles	Solución de problemas Estrategias de comunicación asertiva (solo Alonso, 2007; Labrador y Alonso, 2010; Cáceres, 2011; Cáceres et al., 2011)
Modificación de pensamientos y diálogo interno disfuncional	Reestructuración cognitiva	Reevaluación cognitiva Evaluación de cogniciones postraumáticas
Exposición (en vivo e imaginación)	Planificación entorno seguridad	Exposición (en vivo e imaginación)

Nota: TC=Terapia Cognitiva, HOPE=Helping to Overcome PTSD with Empowerment, TCC=Terapia Cognitivo-Conductual, TEPT=Trastorno de Estrés Postraumático, VCP=Violencia contra la pareja

Cada programa de tratamiento, de los considerados en la tabla 5.2, parte de supuestos diferentes que definen la elección y forma de aplicación de las técnicas. Así, el equipo de Kubany se basa en el modelo bifactorial de Mower (1960) para explicar la adquisición y mantenimiento del TEPT y en el condicionamiento clásico y el operante para explicar la sintomatología de escape y evitación del TEPT respectivamente (derivado de Foa et al., 1989). El protocolo aplicado por el equipo de Labrador se basa en el Modelo de Procesamiento Dual (Brewin 2001, 2003; Brewin et al., 1996), condicionando el orden de aplicación de las técnicas del programa a las consideraciones de esta teoría sobre el TEPT crónico. Johnson et al. (2011), por último, consideran que la intervención psicosocial puede resultar la más efectiva, con una aplicación individual y desarrollada a partir del Modelo Multifásico de Herman (1992).

En general, los tres programas presentan similitudes importantes, como la importancia en la reducción de la sintomatología del TEPT, y uso de estrategias como la psicoeducación, manejo del estrés, fortalecimiento de las propias capacidades y TC. En relación a ésta última, sin embargo, cada modelo trabaja los componentes cognitivos de forma distinta. Desde la reestructuración cognitiva clásica en el HOPE a la reevaluación cognitiva de las creencias disfuncionales relacionadas con el trauma del

TCC para VCP y la inhibición de las evaluaciones negativas y modificación del pensamiento disfuncional relacionado con la culpa en la Teoría Cognitiva por el Trauma. La principal diferencia entre abordajes se centra en el uso de la TE, el modelo HOPE no la utiliza por considerarla una estrategia que puede inducir a la revictimización.

En este sentido, los tratamientos diseñados para reducir el TEPT y depresión relacionados con el trauma fueron inicialmente planteados para hacer frente a los eventos únicos (p.ej. violación, accidente de tráfico) o experiencias traumáticas ocurridas en el pasado y con pocas probabilidades de que se repitan (p.ej. combate). Para muchas supervivientes de VCP el abuso o el temor a futuros abusos es constante, independientemente de su estatus relacional (Campbell, Greeson, Bybee y Raja, 2008; Fleury, Sullivan y Bybee, 2000). Teniendo en cuenta estas circunstancias, algunos componentes del tratamiento pueden ser difíciles de tolerar, lo que puede requerir modificaciones. Por ejemplo, “revivir” el abuso a través de las técnicas de exposición podría aumentar la angustia de las mujeres (y tener un efecto adverso) en lugar de reducirla, especialmente en casos en los que la persona continúa en peligro (Warshaw et al., 2013).

No obstante, el uso de la TE está fuertemente consolidado en el tratamiento del TEPT y específicamente en esta población varios de los estudios revisados han obtenido resultados positivos incluyéndola en sus programas. De hecho, a partir de la investigación previa realizada, dos de los equipos de investigación (Labrador et al., 2004, 2009b; Kubany y Ralston, 2008) han desarrollado protocolos de intervención específicos para la población objeto de estudio y que ha tenido en cuenta los beneficios que se han mostrado empíricamente consolidados. La tabla 5.3 resume las principales características de estos protocolos y principales componentes de los mismos.

Labrador et al. (2004, 2009b) realizan sugerencias de elección de módulos según las características de las participantes, así, indican que no siempre será necesaria la aplicación de todos ellos, de manera que la totalidad del tratamiento se podría reducir a 8 o 9 sesiones. Recomendán, por ejemplo, que en caso de TEPT o considerables síntomas asociados al cuadro aun sin diagnóstico, utilizar cinco de los módulos en el siguiente orden: 4, 1, 5, 3 y 6, con objeto de que la exposición se aplique al final del tratamiento habiendo facilitado previamente el abordaje de las emociones asociadas al evento traumático. Estas indicaciones vienen respaldadas por un marco teórico sólido

en la explicación y tratamiento del TEPT, la Teoría de la Representación Dual (Brewin et al., 1996; Brewin, 2001). Desde esta teoría se plantea que el tratamiento del TEPT debe incluir dos componentes, exposición y terapia cognitiva. La exposición pretende extinguir las reacciones emocionales experimentadas durante el trauma, predominantemente de miedo. Sin embargo, las reacciones emocionales secundarias (como la culpa, la desesperanza o la indefensión), derivadas de la evaluación consciente del evento traumático, responderán a técnicas de terapia cognitiva, siendo esta técnica el eje fundamental de cualquier intervención dirigida al TEPT. Así, Brewin et al. (1996, 2001) enfatizan específicamente la necesidad de exponer al paciente a las lagunas de la memoria autobiográfica del trauma (lo que han denominado “puntos calientes” del trauma”), con el fin de facilitar el reprocesamiento verbal de las memorias traumáticas y favorecer su transferencia desde la memoria situacionalmente accesible a la memoria verbalmente accesible. En consecuencia, desde este enfoque, se indica que el orden de aplicación de las técnicas debe ser inicialmente de tipo cognitivo, seguido de exposición. Recientemente Brewin et al. (2010) han realizado una reformulación de la teoría teniendo en cuenta avances neurocognitivos que permiten ofrecer una explicación más específica de los procesos neurales subyacentes a los dos sistemas de memoria implicados en el desarrollo del TEPT. En relación al tratamiento, consideran que la terapia de exposición emerge con mayor potencial de alcance de beneficio en la intervención de lo que inicialmente se había considerado y que es una técnica a incorporar en cualquier intervención con el cuadro para lograr una adecuada modulación de las emociones asociadas a las imágenes intrusivas.

La importancia concedida a la TE se convierte en una de las principales diferencias de la intervención desarrollada inicialmente por Labrador y Rincón (2002), en relación a las aplicadas en los estudios previamente revisados. En este sentido, en el estudio de Kubany et al. (2004) la exposición se aplica como una técnica más de todo el paquete terapéutico y no está dirigida específicamente a las memorias traumáticas, más bien es una exposición a situaciones de violencia que son presentadas en forma de películas. Sin embargo, ya en el trabajo de Labrador y Rincón (2002), la exposición es uno de los componentes fundamentales del tratamiento y se centra en conseguir el reprocesamiento de las memorias traumáticas (procesamiento automático) que el sujeto no ha podido procesar de manera controlada. Por otro lado, el programa HOPE (Johnson et al., 2011; Johnson y Zlotnick, 2006) tal y cómo se ha indicado no incluye la TE en su paquete de tratamiento, de manera que no cumpliría con las recomendaciones de los principales organismos internacionales en materia de

tratamiento empírico de TEPT (p.ej. American Psychological Association, 2013; IOM, 2007; Foa et al., 2009) y VCP (p.ej. WHO, 2013).

Tabla 5.3. Principales características de los Protocolos de Intervención derivados de los principales tratamientos basados en la investigación para mujeres afectadas por la violencia contra la pareja con Trastorno de Estrés Postraumático

Protocolo de Terapia Cognitiva para el Trauma (aplicable a mujeres víctimas de violencia por su pareja con TEPT) Kubany y Ralston (2008)	Protocolo de Atención a las Mujeres víctimas de Violencia de Género (aplicable a mujeres víctimas de violencia por su pareja con y sin TEPT) Labrador et al. (2004) Labrador et al. (2009b)
Enfoque	
Terapia Cognitiva	Terapia Cognitivo Conductual
Características	
Breve, flexible Formato individual Sesiones de 60 minutos	Breve, flexible Formato grupal Sesiones de 90 minutos
Módulos	
20 módulos: 15 necesarios y 5 opcionales El número de sesiones y módulos cambia dependiendo de las características del trauma (varios módulos pueden incluirse en una sesión o un módulo puede conllevar varias sesiones)	7 módulos: 14 sesiones + 1 sesión final (módulos independientes, opcionales según necesidad de las participantes a excepción de la primera y última sesión, ambas necesarias)
Contenido de los módulos	
Módulo 1: Inicio del tratamiento Módulo 2: Autoverbalizaciones negativas (Revisión) Módulo 3: Manejo del estrés (Psicoeducación) Módulo 4: Manejo del estrés (Relajación Progresiva) Módulo 5: Historia Traumática (antecedentes) Módulo 6: Psicoeducación sobre TEPT Módulo 7: Exposición Módulo 8: Indefensión Aprendida Módulo 9: Autoverbalizaciones negativas (Psicoeducación) Módulo 10: Abordaje de la culpa Módulo 11: Abordaje creencias "supongo que" Módulo 12: Entrenamiento asertivo Módulo 13: Manejo de la desconfianza Módulo 14: Identificar potenciales abusos Módulo 15: Manejo del estrés (situaciones conflictivas) Módulo opcionales: 16_Manejo Ira, 17_Personalidad y patrones de violencia, 18_Codependencia, 19_Toma de decisiones, 20_Consecuencias de la permanencia en VCP	Sesión inicial: Psicoeducación (sobre la VCP) y Entrenamiento en control de respiración Módulo 1: Autoestima (2 sesiones) Módulo 2: Estado de ánimo (2 sesiones) Módulo 3: Exposición (3 sesiones) Módulo 4: Reevaluación Cognitiva (2 sesiones) Módulo 5: Solución de Problemas (2 sesiones) Módulo 6: Dependencia emocional (2 sesiones) Módulo 7: Estrategias de afrontamiento para situaciones problema específicas (1 sesión) Sesión final: Evaluación de cambios y planificación de seguimientos

Nota: VCP=Violencia contra la pareja

En síntesis, los dos protocolos revisados aplican intervenciones breves, multicomponente, ofrecen una descripción estructurada de los tratamientos y aportan resultados sobre la eficacia de las intervenciones. Para evaluar la calidad de la metodología de ambos tipos de intervención, la International Society for Traumatic Stress (ISTSS) tiene en cuenta una serie de criterios que permite considerar los estudios como bien controlados, planteando el cumplimiento de una serie de características metodológicas (Foa et al., 2009), que se analizan en la tabla 5.4 y que tal y cómo puede observarse cumplen estos protocolos en su mayoría.

Tabla 5.4. Análisis según criterios ISTSS (2009) para protocolos y guías efectivas de los tratamientos basados en la investigación para mujeres afectadas por la Violencia contra la pareja con Trastorno de Estrés Postraumático

ISTSS (Foa et al., 2009)	Protocolo de Terapia Cognitiva para el Trauma (aplicable a mujeres víctimas de violencia por su pareja con TEPT) Kubany y Ralston (2008)	Protocolo de Atención a las Mujeres víctimas de Violencia de Género (aplicable a mujeres víctimas de violencia por su pareja con y sin TEPT) Labrador et al. (2004, 2009b)
Criterios metodológicos		
1. Definición clara	✓	✓
2. Medidas fiables	✓	✓
3. Evaluadores ciegos	x	✓ / x
4. Entrenamiento del equipo	✓	✓
5. Estabilidad del tratamiento	✓	✓
6. Programa específico, manualizado	✓	✓
7. Aleatorización	✓	✓ / x
8. Adherencia al tratamiento	✓	✓
9. Análisis de datos	✓	✓

Nota: TC=Terapia Cognitiva, TCC=Terapia Cognitivo-Conductual, TEPT=Trastorno Estrés Postraumático

5.2. Propuesta de Intervención

Labrador y Rincón (2002) estudian la eficacia empírica de un programa grupal de intervención para el tratamiento del TEPT en mujeres que habían experimentado VCP. Este programa incluye psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Se logra una remisión del TEPT en el 100% de las participantes al postratamiento y en el 85% en el seguimiento a 1 y 3 meses. También aparecen cambios significativos en el resto de variables evaluadas (depresión, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y social y aspectos cognitivos derivados de la experiencia de maltrato). En trabajos posteriores se han utilizado muestras más amplias, se ha aplicado a diferentes culturas (colombiana en Cáceres et al., 2011; Cáceres, 2011 y mejicana en Labrador y Alonso, 2007), y generalmente se ha utilizado un formato de tratamiento grupal (aunque la aplicación en formato individual ha proporcionado buenos resultados en una muestra reducida, Labrador et al., 2006, 2009). Estos trabajos han confirmado los buenos resultados alcanzados con la aplicación del programa (Alonso y Labrador, 2010; Alonso, 2007; Cáceres et al., 2011; Cáceres, 2011; Labrador y Alonso, 2005, 2007; Labrador et al., 2006, 2009a; Rincón, 2003; Rincón y Labrador, 2004, 2002), avalando la eficacia del mismo para el tratamiento del TEPT y sintomatología asociada en víctimas de VCP, resultados que se mantienen en el seguimiento de 6 y 12 meses.

Se ha constatado que para el diseño del programa inicial (Labrador y Rincón, 2002) y posterior protocolo de intervención (Labrador et al., 2004; 2009b) (1) se ha realizado la elección de las técnicas que se han mostrado eficaces en este tipo de problemática (American Psychological Association, 2013; IOM, 2007; ISTSS, 2009, entre otras para el TEPT y Eckhardt et al., 2013; Warshaw et al., 2013; WHO, 2013, entre otros para la VCP), (2) que aplica intervenciones breves, (3) multicomponente y (4) se ofrece una descripción estructurada de los tratamientos. Además se aportan resultados sobre la eficacia de las intervenciones en los trabajos referidos anteriormente. Así, la calidad de la metodología de intervención según los criterios de la ISTSS (Foa et al., 2009), es adecuada ya que cumple los requisitos en su mayoría (ver tabla 5.4).

Como se ha indicado, el programa ya ha sido probado en formato grupal con resultados satisfactorios, que además señalan las múltiples ventajas que aporta el formato, como por ejemplo la posibilidad de construir una red de apoyo social que ayude a la víctima a romper su aislamiento, poder desahogarse emocionalmente con mujeres que han vivido la misma situación, comprobar que no son las únicas en experimentar esas reacciones y comprender que no son culpables del maltrato que han sufrido; aprender estrategias de afrontamiento a partir de la experiencia de personas que sufren el mismo tipo de dificultades; motivarse para el cambio a través de los logros de las demás que demuestran que el éxito es posible, aumentando la confianza en los propios recursos; y por último, ayudar al resto de las participantes, que contribuye a que las víctimas no estén pendientes exclusivamente de sus propias limitaciones (Labrador y Alonso, 2010).

Parece pues que la aplicación en formato grupal puede ser beneficiosa para este tipo específico de muestra, mujeres que han estado expuestas a violencia por parte de su pareja, sin embargo, hasta la fecha no se han realizado estudios controlados que permitan contrastar estas consideraciones para el TEPT. De hecho, los resultados de algunos metaanálisis para el tratamiento TEPT con técnicas cognitivo conductuales (Barrera et al., 2013; Cahill et al., 2009; Sloan et al., 2013) parecen indicar que los tamaños del efecto para el tratamiento grupal son inferiores a los obtenidos en estudios aplicados en formato individual.

Así, partiendo de la literatura científica y de la experiencia del grupo de trabajo referido, el estudio desarrollado en esta tesis doctoral pretende no solo que el programa cumpla con los requisitos de eficacia, efectividad y eficiencia, sino que

aporte respuestas a preguntas planteadas que hasta la fecha no han sido resueltas de forma empírica.

Aunque el objetivo principal de este trabajo se ha centrado en la remisión de la sintomatología del TEPT (en términos diagnósticos según DSM-IV-TR) y el análisis del beneficio del mismo en otras consecuencias psicopatológicas desarrolladas a partir de la experiencia de VCP, se ha planteado teniendo en cuenta el interés por comprobar su eficacia a nivel individual. Además, se pretende evaluar la idoneidad en la elección del orden de aplicación de las técnicas tal y como apuntan las recomendaciones de algunos autores (Brewin, 2001, 2003; Brewin et al., 1996; Brewin et al., 2010).

La investigación (trabajo de campo) se realiza en el periodo temporal comprendido entre 2003 y 2007, momento en el que se realiza el contacto con las fuentes de derivación, evaluación de la muestra, intervención y seguimientos. El volcado de datos, análisis estadísticos, estudio de los resultados y redacción de las conclusiones supone el resto de tiempo hasta la fecha.

ESTUDIO EMPÍRICO

6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

6.1. Objetivos e Hipótesis

El propósito de esta investigación se ha desarrollado a partir de las siguientes consideraciones:

- (1) La alta prevalencia del TEPT en la población objeto de estudio (mujeres expuestas a VCP) y la gravedad de la sintomatología.
- (2) Las limitaciones o resultados parciales en muchos de los estudios dirigidos al tratamiento de estas mujeres, que no suele considerar de forma directa el problema del TEPT.
- (3) Los resultados positivos obtenidos con el programa de intervención desarrollado inicialmente por Labrador y Rincón (2002) en distintos trabajos posteriores y ámbitos aplicados.
- (4) La necesidad de desarrollar y evaluar la eficacia de la aplicación de este tratamiento en formato individual, como alternativa al grupal.

Considerando el desarrollo, tanto teórico como derivado de la intervención, en esta población, parece necesario tener en cuenta al menos los siguientes aspectos:

- i. Tratar de forma fundamental y prioritaria la sintomatología postraumática.
- ii. Atender, además, a los síntomas que aparecen frecuentemente asociados a este cuadro clínico, como son los síntomas depresivos, la pérdida de autoestima, los sentimientos de culpa y los problemas de adaptación social y personal.
- iii. La conveniencia de una intervención psicológica breve, que facilite una rápida disminución del malestar que presentan estas mujeres y facilite su readaptación a la sociedad, objetivo último de la intervención.
- iv. Utilizar programas de intervención psicológica que respondan a un marco teórico sólido, que justifique la elección de unas técnicas determinadas y su orden de aplicación.

- v. Utilizar programas multicomponente, en los que se incluyan las técnicas que se han mostrado eficaces en el tratamiento de este problema, entre ellas entrenamiento en control de la activación, terapia de exposición y terapia cognitiva.
- vi. Considerar tanto una aplicación individual como grupal del programa de intervención.
- vii. Evaluar de forma empírica la eficacia de los tratamientos aplicados.

Por todo ello, parece conveniente que, a partir de los hallazgos de los trabajos de Alonso (2007), Alonso y Labrador (2010), Cáceres (2011), Cáceres et al., (2011), Labrador y Alonso (2005, 2007), Labrador et al. (2006, 2009a), Labrador y Rincón (2002), Rincón (2003), de los avances tanto en el campo de la formulación teórica como en el de la intervención, se establezca como propósito de esta investigación subsanar algunas de las limitaciones comentadas en el tratamiento de esta población y dar respuesta a algunas de las cuestiones anteriormente planteadas.

6.1.1. Objetivos

El objetivo general de esta investigación es el desarrollo, replicación y evaluación de la eficacia de un programa de intervención breve y protocolarizado para el tratamiento individual del TEPT en mujeres que han estado expuestas a la VCP. Este objetivo se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

1. Describir y caracterizar una amplia muestra de mujeres que han experimentado VCP, considerando variables sociodemográficas, de la historia de maltrato y psicopatológicas.
2. Establecer/adaptar un programa de intervención individual eficaz y breve dirigido a esta población y que hayan desarrollado TEPT.
3. Evaluar los cambios experimentados por las participantes tras la intervención terapéutica, tanto en la sintomatología del TEPT como en otras variables clínicas asociadas (depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas), en diferentes momentos temporales, al postratamiento y seguimientos (un mes, tres meses, seis meses, un año).
4. Establecer la eficacia diferencial de la aplicación del mismo protocolo de intervención en formato individual o en formato grupal.

5. Establecer la eficacia diferencial de la aplicación del mismo protocolo de tratamiento en formato individual, pero teniendo en cuenta la administración de los componentes de la intervención en diferente orden: un programa de tratamiento en el que primero se abordan los componentes cognitivos seguido de exposición, con otro programa en el que se aplica el orden inverso.
6. Establecer la eficacia diferencial de la aplicación del mismo protocolo de tratamiento a la muestra total tratada, que incluye los formatos individual y grupal, pero teniendo en cuenta la administración de los componentes de la intervención en diferente orden: un programa de tratamiento en el que primero se abordan los componentes cognitivos seguido de exposición, con otro programa en el que se aplica el orden inverso.

6.1.2. Hipótesis

H1: Si el tratamiento es más eficaz que el no tratamiento, entonces:

H1a: Habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de TEPT en el postratamiento de las participantes asignadas al grupo de tratamiento en comparación con el grupo de no tratamiento.

H1b: La reducción significativa de síntomas de TEPT en el postratamiento se mantendrá en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en las participantes asignadas al grupo de tratamiento.

H1c: Habrá un grado significativamente mayor de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en el postratamiento de las participantes asignadas al grupo de tratamiento en comparación con el grupo de no tratamiento.

H1d: La reducción y/o mejoría significativa de las variables asociados al TEPT en el postratamiento (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) se mantendrá el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en las participantes asignadas al grupo de tratamiento.

H2: Si el tratamiento de formato individual es igual de eficaz que el tratamiento de formato grupal, entonces:

H2a: No habrá diferencias en el grado de remisión de síntomas de TEPT en el postratamiento entre ambos formatos de tratamiento.

H2b: No habrá diferencias en el grado de remisión de síntomas de TEPT en los seguimientos entre ambos formatos de tratamiento.

H2c: No habrá diferencias en el grado de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en el postratamiento entre ambos formatos de tratamiento.

H2d: No habrá diferencias en el grado de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en los seguimientos entre ambos formatos de tratamiento.

H3: Si, para obtener mejores resultados en el tratamiento del TEPT es necesario trabajar los componentes cognitivos antes de abordar la exposición, entonces:

H3a: Habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de TEPT en las participantes que en el formato individual de tratamiento son asignadas al grupo experimental 1 (terapia cognitiva + terapia de exposición), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (terapia de exposición + terapia cognitiva), en el postratamiento

H3b: Habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de TEPT en las participantes que en el formato individual de tratamiento son asignadas al grupo experimental 1 (terapia cognitiva + terapia de exposición), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (terapia de exposición + terapia cognitiva), en los seguimientos.

H3c: Habrá un grado significativamente mayor de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en las participantes que en el formato individual de tratamiento son asignadas al grupo experimental 1 (terapia cognitiva + terapia de exposición), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (terapia de exposición + terapia cognitiva), en el postratamiento

H3d: Habrá un grado significativamente mayor de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en las participantes que en el formato individual de

tratamiento son asignadas al grupo experimental 1 (terapia cognitiva + terapia de exposición), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (terapia de exposición + terapia cognitiva), en los seguimientos.

H3e: Si se consideran a todas las participantes del programa de tratamiento (formato: individual y grupal) de forma conjunta, habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de TEPT en las participantes que son asignadas al grupo experimental 1 (terapia cognitiva + terapia de exposición), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (terapia de exposición + terapia cognitiva), en el postratamiento

H3f: Si se consideran a todas las participantes del programa de tratamiento (formato: individual y grupal) de forma conjunta, habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de TEPT en las participantes que son asignadas al grupo experimental 1 (terapia cognitiva + terapia de exposición), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (terapia de exposición + terapia cognitiva), en los seguimientos.

H3g: Si se consideran a todas las participantes del programa de tratamiento (formato: individual y grupal) de forma conjunta, habrá un grado significativamente mayor de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en las participantes que son asignadas al grupo experimental 1 (terapia cognitiva + terapia de exposición), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (terapia de exposición + terapia cognitiva), en el postratamiento

H3h: Si se consideran a todas las participantes del programa de tratamiento (formato: individual y grupal) de forma conjunta, habrá un grado significativamente mayor de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en las participantes que son asignadas al grupo experimental 1 (terapia cognitiva + terapia de exposición), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (terapia de exposición + terapia cognitiva), en los seguimientos.

6.2. Método

6.2.1. Diseño

El diseño de esta investigación se precisa en función de las hipótesis:

Para la primera hipótesis, se trata de un diseño cuasi experimental de grupos independientes con medidas repetidas en el pretratamiento y postratamiento (grupo experimental y control). La asignación a grupo de tratamiento y grupo control no es aleatoria, siendo el grupo control un grupo de conveniencia (lista de espera).

Para la segunda hipótesis, se trata de un diseño cuasi experimental de grupos independientes con medidas repetidas en el pretratamiento, postratamiento y seguimientos (formatos individual y grupal). La asignación no ha sido aleatoria en los dos formatos de intervención, dado que cada programa se aplica en diferente momento temporal.

Para la tercera hipótesis, se trata de un diseño experimental, ensayo clínico aleatorizado. La asignación de los grupos ha sido aleatoria en las dos condiciones experimentales (condición 1: terapia cognitiva seguida de terapia de exposición vs. condición 2: terapia de exposición seguida de terapia cognitiva) en el grupo de tratamiento de formato individual. La asignación a las dos condiciones experimentales ha sido a través del balanceo en el formato de tratamiento grupal.

6.2.2. Variable independiente

La variable independiente es la intervención psicológica, es decir el tratamiento psicológico aplicado a mujeres que han experimentado VCP y que presentan TEPT. Esta variable asume varios niveles:

1. Tratamiento (I) vs. no tratamiento (0).
2. Tratamiento individual (Ii) vs. grupal (Ig).
3. Tratamiento cognitivo + exposición (Ice) vs. tratamiento de exposición + cognitivo (Iec).

6.2.3. Variables dependientes

(1) Adherencia al tratamiento:

- Adhesión: variable cualitativa nominal que toma dos valores: adhesión (finaliza el tratamiento) y no adhesión (no finaliza el tratamiento)

- Asistencia a sesiones: variable cuantitativa que hace referencia al número de sesiones de tratamiento al que han asistido las participantes en el estudio.
- Cumplimiento de tareas: variable cuantitativa que hace referencia al porcentaje de tareas llevadas a cabo por las participantes del estudio.

(2) Sintomatología del TEPT:

- Puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997b). Se consideran:
 - Una puntuación global.
 - Tres puntuaciones específicas, correspondientes a las tres dimensiones del TEPT según DSM-IV-TR: reexperimentación, evitación e hiperactivación.

(3) Sintomatología concomitante y variables de adaptación:

- Depresión: Puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), versión española de Vázquez y Sanz (1997).
- Autoestima: Puntuación obtenida en el Inventario de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965).
- Niveles de adaptación a la vida cotidiana: Puntuación obtenida en la Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Se consideran:
 - Una puntuación total.
 - Seis puntuaciones específicas correspondientes al nivel de adaptación a las áreas: laboral y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y adaptación global.
- Cogniciones postraumáticas: Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999b). Se consideran:
 - Una puntuación global.
 - Tres puntuaciones específicas, correspondientes a cogniciones sobre: sí mismo, mundo y autopunición.

6.2.4. Variables extrañas y contaminadoras

(1) Asignación de las participantes a los grupos

La presente investigación se produce en diferentes periodos temporales que explican la conformación de los diferentes grupos objeto de estudio.

- El grupo control es un grupo de conveniencia, caracterizándose por ser de lista de espera. Se toman dos medidas de evaluación, la primera de ellas en el pretratamiento y la segunda tras un intervalo temporal de duración equiparada al desarrollo del tratamiento completo, que representa una segunda evaluación pretratamiento.
- Los grupos diferenciados según formato de tratamiento fueron llevados a cabo por diferentes terapeutas. El formato grupal por la investigadora Paulina Rincón (cuyos resultados se pueden consultar en Rincón, 2003) y el tratamiento individual por la autora de este trabajo.
- Para las condiciones experimentales (Ice vs. Iec) la asignación se produce de forma aleatoria antes del comienzo del programa en el formato individual y a través del balanceo en el formato grupal.

(2) Terapeuta

Para el control de esta variable se aplicó la constancia según formato de intervención. El tratamiento individual conducido la autora de esta tesis y el grupal por la investigadora Paulina Rincón (ambos incluyen los grupos experimentales asociados). La terapeuta es la misma durante todo el programa (evaluación, tratamiento y seguimiento) y para los dos grupos experimentales, a excepción de la evaluación pretratamiento en la que además participan profesionales de los centros de derivación y/u otro/as investigadores/as.

(3) Otras variables

La identificación y control de otras posibles variables que pudieran actuar como variables contaminadoras (variables sociodemográficas o de la propia historia y circunstancias del problema) se realiza en el análisis de resultados.

6.3. Participantes

En el estudio participan un total de 320 mujeres víctimas de VCP. Las participantes que no cumplen los criterios de inclusión del programa, 192 de las evaluadas, son excluidas del mismo y se derivan a otro programa complementario o a las instituciones oportunas. De las 128 mujeres que cumplen criterios DSM-IV-TR para TEPT crónico, lo que supone un 40% de la muestra total inicial, 7 presentan uno o varios criterios de exclusión (riesgo de suicidio, estar en tratamiento colateral y analfabetismo) y 26 deciden no participar en el estudio por diversas causas (disponibilidad horaria, previsión de cambios de residencia, temor a las consecuencias del agresor, etc.).

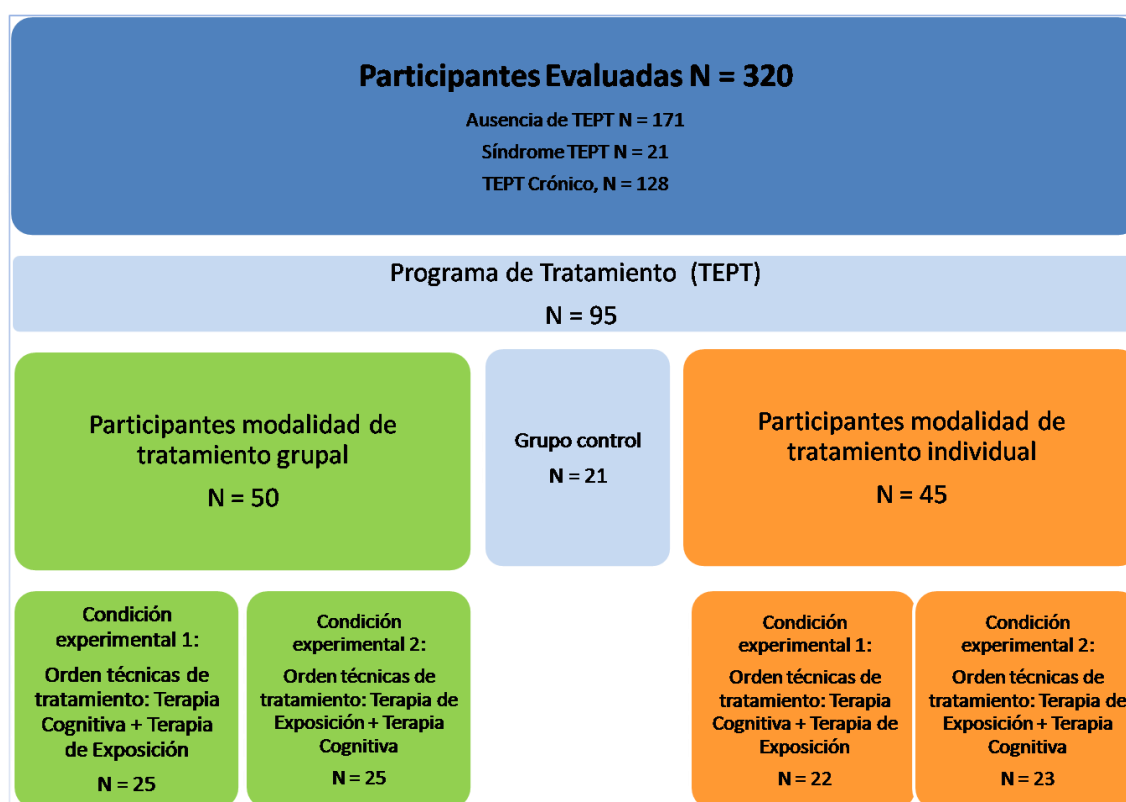
Así, la muestra final queda conformada por 95 mujeres que han expuestas a VCP y que presentan TEPT crónico, todas ellas demandantes de atención psicológica.

A la muestra que cumple los requisitos de inclusión, se les explica el procedimiento, tiempo de espera y horarios disponibles.

El grupo no tratado o grupo control de conveniencia se obtiene a partir de la lista de espera que se elabora para el inicio del tratamiento, estando compuesto por 21 participantes.

La asignación de las participantes a cada uno de los grupos se realiza teniendo en cuenta diferentes momentos en el proceso de investigación. En un primer momento se aplica un programa de tratamiento psicológico grupal, en el que participan 50 mujeres del total. De éstas, por el método de balanceo, 25 pasan a la condición experimental 1 (Ice) y otras 25 a la condición experimental 2 (Iec). En un segundo momento, relativo a esta investigación, se aplica un programa de tratamiento individual en el que participan las 45 mujeres restantes, de las que por aleatorización, 22 pasan a la condición experimental 1 (Ice) y 23 a la condición experimental 2 (Iec).

Una representación gráfica de la participación de las mujeres en el presente estudio puede verse en el gráfico 6.1.

Figura 6.1. Participación de las mujeres en el estudio

6.4. Material e Instrumentos

El protocolo de evaluación está compuesto por diversos instrumentos, disponibles en el Anexo I, y enumerados a continuación. Los materiales e instrumentos son los empleados en la investigación previa realizada por Rincón (2003).

6.4.1. Entrevistas

La Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Violencia Doméstica (Labrador y Rincón, 2002) fue elaborada específicamente para la investigación con el objetivo de determinar la inclusión o exclusión en el programa y adquirir información relevante sobre los datos sociodemográficos, la historia del problema, consumo de sustancias y trastornos de ansiedad. De este modo, el contenido de la misma se estructura en cuatro apartados (material disponible en el Anexo I):

- I. Ficha de Antecedentes Personales: Antecedentes Sociodemográficos.

- II. Entrevista semiestructurada: Historia del problema. Recoge información sobre el tipo, características y circunstancias del maltrato, la historia previa de victimización o de enfermedad y la disponibilidad de apoyo entre otros aspectos.
- III. Entrevista semiestructurada y cuestionario CAGE: Consumo de sustancias adictivas. Se incluye la aplicación del Cuestionario de Alcoholismo CAGE (Mayfield, McLeod y Hall, 1974). Este cuestionario permite obtener una detección rápida (4 preguntas/ítems) de probabilidad de consumo de alcohol, aunque no permite realizar diagnóstico. Una puntuación de más de 2 respuestas afirmativas se considera clínicamente significativa. Es instrumento validado para población española y posee altos valores de sensibilidad (81%) y especificidad (97%).
- IV. Entrevista estructurada: Diagnóstico de Trastornos de Ansiedad. *Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorders and the Mental Status Examination* (Zimmerman, 1994), con la que se puede establecer la existencia de un diagnóstico específico de uno (o más) trastornos de ansiedad.

6.4.2. Instrumentos de Autoinforme

I. Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997b)

Es una escala de evaluación heteroaplicada, a modo de entrevista estructurada con preguntas cerradas, que evalúa los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (presencia de 1 síntoma en la escala de reexperimentación, de 3 en la de evitación y de 2 en la de activación, siempre que haya transcurrido más de un mes desde el acontecimiento traumático) (APA, 1994). Está estructurada con un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los cuales 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de activación. El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica de este trastorno es de 15 en la escala global. Los puntos de corte sugeridos en cada una de las subescalas parciales son los siguientes: reexperimentación: 5 puntos; evitación: 6 puntos; y aumento de la activación: 4 puntos (Echeburúa et al, 1997b). El instrumento ha sido validado en población española, siendo aplicada en dos grupos de sujetos compuestos por una muestra clínica y otra normativa. El alfa de Cronbach obtenido en el conjunto

total de sujetos fue de 0.92. La validez se ha establecido en términos de validez de contenido, convergente y de constructo. La de contenido se ha definido por medio de la determinación del grado en que los ítems de la escala cubren los criterios diagnósticos DSM-IV TR referidos al cuadro clínico estudiado. La escala abarca el 100% del contenido de los criterios diagnósticos de dicho Manual. En la validez convergente se ha establecido, por un lado, una correlación biserial puntual entre la puntuación total de la escala y la presencia o no del trastorno por estrés postraumático, según el diagnóstico categorial del DSM-IV TR, en la muestra total de sujetos, con el resultado de una correlación alta y significativa ($r = 0.82$; $p < 0.001$). Por otro lado, se ha correlacionado con la puntuación total de la escala con el instrumento Escala de Impacto de los Sucesos (IES), siendo la correlación resultante de 0.77 ($p < 0.001$). La validez de constructo se ha establecido correlacionando la puntuación de la escala global del instrumento con otros síntomas psicopatológicos presentes en este cuadro clínico, como la depresión, ansiedad, y la inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana. Así, la correlación entre la puntuación global obtenida en la escala y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), es de 0.54 ($p < 0.001$); con la escala de Depresión de Hamilton es de 0.60 ($p < 0.001$); con el Inventario de Ansiedad-Rasgo es de 0.62 ($p < 0.001$); y con la Escala de Inadaptación de Echeburúa et al. (2000) es de 0.48 ($p < 0.001$). El alfa de Cronbach obtenido en la presente aplicación de la Escala alcanzó un valor de 0.86 en la subescala de reexperimentación, de 0.67 en la escala de evitación y de 0.68 en la escala de aumento de la activación. Para la escala total de TEPT se obtuvo un valor alfa de 0.88. La eficacia diagnóstica de la escala alcanza el 95.4% con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 93.7%.

II. Inventario de Depresión de Beck (BDI), versión española de Vázquez y Sanz (1997). Original: *Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961)

Para este estudio se ha utilizado la versión autoaplicada traducida al castellano que consta de 21 ítems (Vázquez y Sanz, 1997). Cada ítem está compuesto por 4 alternativas, ordenadas de mayor a menor gravedad (de 0 a 3 puntos), frente a las que el sujeto debe elegir la frase que se aproxime más a cómo se ha sentido en la última semana (incluye manifestaciones conductuales de la depresión y contiene un factor cognitivo-afectivo y factor somático). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones directas de cada uno de los ítems, interpretándose según los

siguientes rangos: depresión ausente/ intensidad mínima: 0 a 9; depresión leve/ intensidad leve: 10 a 16; depresión moderada/ intensidad moderada: 17 a 29; depresión grave/ alta intensidad: 30 a 63. El tiempo de aplicación es de 5 a 10 minutos. El inventario ha sido validado para población española, mostrando buenas propiedades psicométricas. Presenta una fiabilidad test-retest que oscila entre 0.81 y 0.83 y la fiabilidad medida como consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, es alta, 0.90. En cuanto a la validez, cómo ésta depende del propósito, se puede afirmar que el BDI es un instrumento válido para detectar y cuantificar síntomas depresivos. No permite establecer un diagnóstico pero aporta un índice cuantificado de la intensidad del nivel de depresión global y se muestra muy sensible al cambio terapéutico.

III. Escala de Autoestima: Rosenberg (1965)

El objetivo de esta escala es evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala tipo Likert (1 = muy de acuerdo; 2 = de acuerdo; 3 = en desacuerdo; 4 = muy en desacuerdo). El rango de puntuación total varía de 10 a 40, de modo que a mayor puntuación mayor es el nivel autoestima. Con objeto de controlar la aquiescencia, 5 de los ítems se plantean de forma positiva y 5 de forma negativa. El punto de corte establecido para la población adulta es de 29 según diversos estudios (Echeburúa et al., 1998). Las propiedades psicométricas son satisfactorias. Presenta una fiabilidad test-retest de 0.85 con estudiantes universitarios y validez convergente y discriminante también aceptable: 0.67 con el Kelly Repertory Test, 0.83 con el Health Self-Image Questionnaire y 0.56 con evaluaciones de autoestima del entrevistador (Zubizarreta et al., 1994). La validez de constructo indica que la autoestima es predictiva de diversas características sociales y psicológicas, como la disminución de la timidez, la depresión, aumento de agresividad y actividades sociales. Este instrumento, breve y de fácil aplicación, resulta muy útil para evaluar el nivel de interferencia del maltrato en la autoestima de las víctimas.

IV. Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

Esta escala evalúa en qué medida el/los problema/s que presenta el sujeto afecta o interfiere en diferentes áreas de su vida cotidiana como el trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar, junto con una valoración global. Permite no solo cuantificar la severidad de la interferencia negativa de un trastorno en la vida cotidiana, sino también precisar la evolución de esta variable en el transcurso del

tratamiento. Tiene formato autoaplicado que consta de 6 ítems o subescalas (5 específicos: trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja, relación familiar y una valoración global). Cada ítem se valora con una gradación de 0 (nada) a 5 (muchísimo). El rango total de la escala es de 0 a 30, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación, estableciendo como punto de corte 12 en la escala total y 2 en cada subescala o ítems (Echeburúa et al., 2000). Este instrumento ha sido aplicado y validado con diferentes cuadros clínicos, entre ellos el TEPT, con propiedades psicométricas satisfactorias. Ha sido validada para población española, con una muestra clínica de 222 pacientes con cuadros clínicos diversos y 100 sujetos de muestra normativa. El índice de consistencia interna, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach, en el conjunto total de sujetos es de 0.94. La eficacia diagnóstica de la escala alcanza valores superiores al 85% en todos sus ítems y es de un 97% en el ítem global, con una sensibilidad y especificidad del 86% y del 100% respectivamente.

V. Inventario de Cogniciones Postraumáticas (traducción para la investigación por Rincón, 2001). Original: *The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)* (Foa et al., 1999b)

El objetivo de este inventario es analizar las creencias y pensamientos relacionados con la experiencia de un trauma. Es un instrumento de evaluación autoaplicado, compuesto por 36 ítems que engloban tres constructos vinculados con los pensamientos y creencias respecto al trauma: cogniciones negativas acerca de uno mismo, cogniciones negativas sobre el mundo y autopunición / autoculpa. Cada ítem presenta una afirmación que va seguida de una escala de respuesta tipo Likert, donde se indica el grado de acuerdo-desacuerdo, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). La puntuación global recoge la suma de las tres subescalas, siendo mayor el nivel de distorsión de los pensamientos y adherencia a las cogniciones patológicas cuanto mayor sea la puntuación. El instrumento ha sido validado inicialmente para población americana, mostrando satisfactorias características psicométricas. Tanto las tres subescalas como la escala global muestran una excelente consistencia interna, con puntuaciones obtenidas mediante el alfa de Cronbach a 0.86 en todas ellas y una fiabilidad test-retest superior a 0.70 en un intervalo de una semana y superior a 0.80 en un intervalo de tres semanas. Recientemente, un equipo de investigación interinstitucional (Blanco, Díaz, Gaborit y Amaris, 2010) ha validado la escala para población de habla hispana. Las tres dimensiones mostraron una buena consistencia interna en todas las muestras utilizadas (132 participantes de población

general española, 47 víctimas directas del ataque terrorista del 11-M y 363 participantes de El Salvador) con valores generales del alfa de Cronbach superiores a 0.90. El inventario correlacionó con la severidad del trauma ($r=0.61$) así como con otros instrumentos para medir cogniciones postraumáticas (Word Assumptions Scale – WAS, Janoff-Bulman, 1989, 1992). Además, discriminó con precisión entre las personas que presentaron sintomatología postraumática de aquellas otras que no lo hicieron.

VI. Escala de Cambio Percibido (elaborada para la investigación por Rincón, 2001)

El objetivo de esta escala es determinar la evolución de las participantes durante el tratamiento y cada una de las sesiones de tratamiento. Evalúa el malestar emocional, los síntomas característicos del TEPT, el grado de bienestar general y la evaluación de la utilidad de lo entrenado en sesión. La escala consta de 7 ítems y está estructurada en un formato tipo Likert, con puntuaciones que oscilan entre 1 (“mucho peor”) y 7 (“mucho mejor”).

6.4.3. Material utilizado en el programa

Con objeto de facilitar la ejecución de las tareas propuestas en cada sesión del tratamiento y un mayor entendimiento de los objetivos y técnicas entrenadas a lo largo de la intervención se utilizaron diversos registros, auto-registros y materiales psicoeducativos, (diseñados por Rincón, 2001 y disponibles en el Anexo II) que a continuación se reseñan:

(1) Registros

- Registro de asistencia a cada sesión.
- Registro de cumplimiento de tareas.

(2) Auto-registros

- Auto-registro de ejercicio de control de la respiración.
- Auto-registro de síntomas de reexperimentación.
- Auto-registro de detención de pensamiento.
- Auto-registro A-B-C.
- Auto-registro A-B-C-D.
- Auto-registro de actividades gratificantes.

- Auto-registro de situaciones problemáticas.
- Auto-registro de definición de problemas.
- Auto-registro de solución de problemas.
- Auto-registro de tareas de exposición al relato de la situación vivida.
- Auto-registro de situaciones evitadas.
- Auto-registro de tareas de exposición a las situaciones evitadas.
- Relato de una situación de violencia experimentada.

(3) Material psicoeducativo

- Tríptico de violencia doméstica.
- Tríptico de autoestima.
- Tríptico de solución de problemas.

(4) Otros materiales

Con el objetivo de facilitar la participación en sesión, facilitar una mayor comprensión de las instrucciones y técnicas entrenadas y la aplicación de éstas en el medio de las participantes, se utilizaron los siguientes materiales (explicitados en cada una de las sesiones en el Anexo III): folios, pliegos de papel, bolígrafos, rotuladores, una pizarra, grabadoras y cintas de audio.

6.5. Procedimiento

6.5.1. Prueba piloto

El primer paso del procedimiento de la investigación ha consistido en realizar una prueba piloto en la que se ensaya el programa de tratamiento inicial (desarrollado por Rincón, 2003, con aplicación grupal) en formato individual (incluyendo las dos condiciones experimentales de aplicación de las mismas técnicas en diferente orden). A través de este paso se determina la idoneidad de la planificación de las sesiones de intervención, de modo que pudiera mantenerse el diseño original o por el contrario se realizaran las modificaciones correspondientes.

Para la realización de la prueba piloto se contó con dos mujeres (que cumplían los criterios de inclusión del programa) derivadas por el Centro Municipal de la Mujer del

Ayuntamiento de Leganés, en Madrid. El resultado de la prueba piloto señaló la idoneidad formal del programa propuesto, por lo que se mantuvieron la totalidad de los objetivos, contenidos y tareas de cada sesión, ajustando los mismos a 60 minutos de duración (a diferencia de los 90 minutos utilizados en el formato de intervención grupal por Rincón, 2003).

6.5.2. Captación de participantes

Las participantes de la presente investigación son derivadas desde los siguientes recursos especializados: Servicio de Atención a la Víctima de los Juzgados del Decanato de Madrid, Oficinas de Atención a Víctimas de los Juzgados de Primera Instancia de Coslada y Móstoles de la Comunidad de Madrid, Concejalías de la Mujer de los Ayuntamientos de Leganés y Collado-Villalba de la Comunidad de Madrid y un dispositivo de acogida de la ciudad de Toledo.

La evaluación y programa de tratamiento se desarrollan en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid e instalaciones cedidas por cada uno de los centros de derivación contactados, con objeto de facilitar el acceso y participación de las mujeres en el programa.

6.5.3. Criterios de inclusión y exclusión

La tabla 6.1 describe los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 6.1: Criterios de inclusión y exclusión al programa de intervención

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Ser mujer. • Ser víctima de violencia de pareja. • Cumplir los criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico actual o previo de trastorno mental orgánico o psicosis, según DSM-IV-TR. • Inmediata y clara posibilidad de suicidio. • Discapacidad psíquica. • Abuso de alcohol o drogas. • Estar en terapia colateral con abordaje del problema en cuestión. • Analfabetismo.

6.5.4. Evaluación pretratamiento

La evaluación pretratamiento se realiza en una sesión individual, con una duración aproximada de 2 horas. En esta entrevista se cumplimentan las pruebas descritas en apartados anteriores, a partir de las cuales se establece el diagnóstico TEPT, se evalúa la presencia o ausencia de sintomatología concomitante y se obtiene toda la información relativa a la historia de maltrato, datos sociodemográficos y conductas adictivas u otros trastornos de ansiedad.

El procedimiento presenta el siguiente orden: (1) Entrevista, con los 3 primeros componentes: ficha de antecedentes personales, entrevista semiestructurada para víctimas de violencia doméstica (Labrador y Rincón, 2002) y evaluación de problemas adictivos (Mayfield et al., 1974), (2) Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Echeburúa et al. (1997b), (3) Entrevista Estructurada para el diagnóstico DSM-IV de trastornos de ansiedad (Zimmerman, 1994), (4) Inventario de Depresión de Beck (versión española Vázquez y Sanz, 1997), (5) Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), (5) Escala de Inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000) y (6) Inventario de Cogniciones Postraumáticas de Foa et al. (1999b).

6.5.5. Tratamiento

El programa de tratamiento consta de cuatro componentes básicos, comunes en las dos modalidades experimentales: psicoeducación, técnica de manejo de ansiedad (respiración diafragmática), terapia cognitiva y terapia de exposición. En ambos casos, la psicoeducación y la técnica de manejo de ansiedad se aplican en la primera sesión, mientras que el orden de aplicación de la terapia cognitiva y terapia de exposición difiere para cada condición experimental. La intervención tiene un formato individual. El programa consta de un total de ocho sesiones, con una duración de 60 minutos cada una de ellas y periodicidad semanal. La estructuración de las sesiones está descrita en las tablas 6.2 y 6.3.

6.5.6. Evaluación postratamiento

La evaluación postratamiento se realiza en una sesión independiente, una semana después de la finalización del tratamiento, con una duración aproximada de 60 minutos. En ésta se cumplimentan las pruebas de autoinforme y en el mismo orden que las aplicadas en el pretratamiento, a excepción de la entrevista.

6.5.7. Seguimientos

Se realizan seguimientos en cuatro momentos temporales una vez concluido el tratamiento, al mes, a los 3, 6 y 12 meses, en el que se aplican los mismos instrumentos que en la evaluación postratamiento.

6.5.8. Análisis de datos

Para describir las características de la muestra (variables sociodemográficas, de la historia de violencia en la pareja y psicopatológicas) se realizan análisis de carácter descriptivo (medias, desviaciones típicas y frecuencias).

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados en relación a las variables estudiadas, que pudieran afectar posteriormente a la eficacia del tratamiento, se realizan análisis de homogeneidad. Para ello, se utilizan las pruebas t de Student (para medidas continuas) y chi-cuadrado de Pearson (para medidas no continuas o categoriales). Para la prueba chi-cuadrado, cuando ésta se calcula para una tabla de 2x2 y se detectan casillas con una frecuencia esperada inferior a 5, se calcula el estadístico exacto de Fisher. En el caso de la prueba t, si las varianzas de los dos grupos difieren, en función de la prueba de Levene para la igualdad de varianzas, se utiliza la fórmula t para las varianzas distintas. En el caso de que la prueba de Levene no fuera significativa, y se asume por lo tanto que las varianzas son iguales, se utiliza la fórmula habitual de la prueba t.

Con objeto de estudiar si existen diferencias significativas en la adherencia al tratamiento, en la asistencia a las sesiones y en el cumplimiento de tareas, entre los grupos estudiados, se analiza la homogeneidad de éstos a través de la Prueba Chi-cuadrado de Pearson y/o la t de Student para grupos independientes.

Para el estudio del cambio experimentado en la puntuación del TEPT se realizan análisis de covarianza de medidas repetidas, que asume un factor inter-grupo (tipo de grupo) con dos niveles (2 grupos para cada hipótesis) y un factor intra-sujeto (tiempo) con seis niveles (pre-post-seg1-seg3-seg6-seg12), en comparaciones por pares para determinar las diferencias entre los diferentes momentos de evaluación. Para controlar el efecto de las variables que resulten significativas en el análisis de homogeneidad de grupos, se introducen como covariables en los ANCOVAs realizados. Si el análisis revela efecto de interacción, se realizan pruebas t de medidas independientes o medidas repetidas para determinar el significado de la interacción. Así mismo, se calcula el tamaño del efecto (d de Cohen) intragrupo e intergrupo en base a la agrupación de la desviación típica. Por último, se estudia la significación clínica en términos de remisión (presencia-ausencia de diagnóstico) y recuperación (medida como la proporción de participantes de cada grupo que al final del tratamiento han reducido significativamente su sintomatología).

Todos los análisis realizados adoptan un diseño de finalización de tratamiento, esto es, se consideran los resultados de las participantes que finalizan el programa de tratamiento, a excepción de la significación clínica, en la que se estudia: 1- Intento de tratamiento (Inician el tratamiento pero no lo finalizan) dónde se consideran los datos perdidos y 2- Finalización de tratamiento (Completan el programa de intervención).

Para la asignación de las participantes a las diferentes condiciones experimentales relativas al contraste de la hipótesis 3, se utiliza la aleatorización en el grupo que recibe tratamiento en formato individual, utilizando el programa informático randomization.com (crf. <http://randomization.com>) y se aplica el balanceo para la muestra de tratamiento en formato grupal.

Para los análisis estadísticos principales (medias, desviaciones típicas, frecuencias, chi-cuadrado de Pearson, estadístico exacto de Fisher, t de Student para medidas continuas o grupos independientes, prueba de Levene, ANCOVA) se utiliza el programa SPSS (versión 15.0 para Windows).

La d de Cohen se ha calculado para obtener el tamaño del efecto de cada variable utilizando la calculadora del tamaño del efecto de Robert (2000), disponible en <http://cem.dur.ac.uk/ebeuk/research/effectsize/ESguide.htm>. Los tamaños del efecto suponen una medida estandarizada del cambio producido por la manipulación experimental y de éste modo ofrecen una información comparable de la magnitud de ese cambio. El estadístico d, propuesto por Cohen (1977) es probablemente el más empleado para calcular el tamaño del efecto. La clasificación que hace Cohen (1977, 1988) para la d es la siguiente: bajo (0.20), medio (0.40) y alto (0.80). La fórmula para calcular la d de Cohen es $d = (M1 - M2) / DT_{ponderada}$, donde M1 y M2 son las medidas de los dos grupos considerados y DT_{ponderada} es la desviación típica insesgada ponderada entre ambos grupos. Esta fórmula se aplica igualmente para estimar el tamaño del efecto producido intra-sujeto, es decir, el grado en el que el tratamiento ha modificado las puntuaciones pre y post del mismo grupo.

Tabla 6.2. Resumen del programa de tratamiento para la modalidad experimental: Terapia Cognitiva + Terapia Exposición

SESIÓN	CONTENIDO	TAREAS
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecimiento de normas de trabajo. ▪ Explicación del problema. ▪ Explicación de los objetivos del tratamiento. ▪ Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia. ▪ Entrenamiento en control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Ejercitar control de la respiración. ✍ Registrar síntomas de reexperimentación.
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Detención de pensamiento. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Ejercitar detención de pensamiento. ✍ Completar hojas A-B-C. ✍ Ejercitar control de la respiración.
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Reevaluación cognitiva. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Leer material autoestima. ✍ Realizar actividades gratificantes. ✍ Completar hojas A-B-C-D. ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas. ✍ Ejercitar control de la respiración.
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Reevaluación cognitiva. ▪ Solución de problemas. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Identificar, registrar y definir situaciones problemáticas. ✍ Leer material acerca de solución de problemas. ✍ Realizar actividades gratificantes. ✍ Ejercitar control de la respiración.
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Solución de problemas. ▪ Control de la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionar un problema diario. ✍ Registrar síntomas de reexperimentación. ✍ Ejercitar control de la respiración.
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Exposición. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Realizar autoexposición en imaginación. ✍ Registrar situaciones evitadas. ✍ Ejercitar control de la respiración.
7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Exposición. ▪ Control de la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Realizar autoexposición en imaginación. ✍ Realizar autoexposición en vivo. ✍ Ejercitar control de la respiración.
8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Exposición. 	

Tabla 6.3. Resumen del programa de tratamiento para la modalidad experimental: Terapia Exposición + Terapia Cognitiva

SESIÓN	CONTENIDO	TAREAS
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecimiento de normas de trabajo. ▪ Explicación del problema. ▪ Explicación de los objetivos del tratamiento. ▪ Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia. ▪ Entrenamiento en control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Ejercitar control de la respiración. ✍ Registrar síntomas de reexperimentación.
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Exposición. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Realizar autoexposición en imaginación. ✍ Registrar situaciones evitadas. ✍ Ejercitar control de la respiración.
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Exposición. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Realizar autoexposición en imaginación. ✍ Realizar autoexposición en vivo. ✍ Ejercitar control de la respiración.
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Exposición. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Ejercitar control de la respiración. ✍ Registrar síntomas de reexperimentación.
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Detención de pensamiento. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Ejercitar detención de pensamiento. ✍ Completar hojas A-B-C. ✍ Ejercitar control de la respiración.
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Reevaluación cognitiva. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Leer material autoestima. ✍ Realizar actividades gratificantes. ✍ Completar hojas A-B-C-D. ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas. ✍ Ejercitar control de la respiración.
7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Reevaluación cognitiva. ▪ Solución de problemas. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Identificar, registrar y definir situaciones problemáticas. ✍ Leer material acerca de solución de problemas. ✍ Realizar actividades gratificantes. ✍ Ejercitar control de la respiración.
8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Solución de problemas. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionar un problema diario. ✍ Ejercitar control de la respiración.

7. RESULTADOS

7.1. Descripción de la muestra

7.1.1. Descripción de la muestra total evaluada

Los datos relativos a la muestra evaluada, esto es, 320 mujeres, están comentados en este epígrafe y quedan recogidos en las tablas 7.1 a 7.5.

7.1.1.1. *Variables sociodemográficas*

Las participantes son derivadas de diferentes recursos especializados para víctimas (ver apartado 6.5.2). La media de edad de la muestra evaluada es de 36 años, el 83.9% tiene una media de 1.74 hijos. El 46.9% se encuentra en trámites o ya separada/divorciada y un 71.1% ya no convive con el agresor. Predomina la clase socio-económica media y media-baja (77.9%), con niveles educativos bastante distribuidos en los valores que adopta la variable. Aproximadamente 3 de cada 5 mujeres se encuentra activa laboralmente, dependiendo económicamente del agresor el 36.6%. La tabla 7.1 resume los datos de las variables sociodemográficas.

7.1.1.2. *Variables de la historia de violencia de pareja*

El 71.9% ha experimentado violencia de tipo combinada. El 54.1% ha estado expuesta a maltrato psicológico y físico y el 17.8% a maltrato psicológico, físico y sexual. El 28.1% de las participantes ha sido víctima de violencia psicológica exclusiva. La duración media del maltrato es de 7.9 años, habiendo experimentado la violencia durante más de dos años el 76.8%. El 60.4% han sufrido maltrato al menos una vez por semana en el último mes de convivencia. Se ha extendido el maltrato a los hijos en un 60.3%. Un 70.3% de la muestra denuncia la situación de violencia, abandonando el domicilio familiar en alguna ocasión a causa de los malos tratos el 56.6%. Ha necesitado asistencia médica por lesiones el 43.8%, psicológica el 40%. En relación a otras experiencias de victimización, la mayoría no ha experimentado violencia previa en su familia de origen (72.5%) ni en otras relaciones de pareja (85%). La mayoría de las participantes informan de un adecuado apoyo social (69.4%), familiar (65.6%) y legal o institucional (68.4%). Los datos relativos a las variables de la historia de violencia de pareja se encuentran resumidos en la tabla 7.2.

7.1.1.3. Variables psicopatológicas

Trastorno de estrés postraumático. La sintomatología postraumática abarca a un 46.6% de la muestra: el 40% cumple criterios diagnósticos para el TEPT de tipo crónico y el 6.6% presenta síndrome de estrés postraumático (se cumplen criterios de 2 escalas, reexperimentación y otra, evitación o hiperactivación). La tabla 7.3 indica las puntuaciones de las participantes evaluadas, medias y desviaciones típicas derivadas de la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997b), con valores en la escala global superiores al punto de corte.

Tabla 7.1: Características sociodemográficas de la muestra total evaluada (N=320)

VARIABLES	N	Media (DT) o %
Edad		36.83 (10.23)
Segmentos de edad		
11-20	9	2.8%
21-30	80	25.0%
31-40	121	37.8%
41-50	73	22.8%
51-60	30	9.4%
61-70	7	2.2%
Estado Civil		
Soltera	52	16.3%
Casada	82	25.6%
Conviviente	35	10.9%
Trámites separación/ separada/ divorciada	150	46.9%
Viuda	1	0.9%
Nivel Educativo		
Primarios incompletos	103	32.3%
Primarios completos	82	25.7%
Secundarios	83	26.0%
Universitarios	52	16.0%
Clase Social Subjetiva		
Baja	49	15.3%
Media-baja	108	33.8%
Media	141	44.1%
Media-alta	20	6.3%
Alta	2	0.6%
Ocupación Actual		
Trabajador no cualificado	67	20.9%
Técnico	20	6.3%
Sector servicios	54	16.9%
Sector administrativo	16	5.0%
Ama de casa	67	20.9%
Desempleada	68	21.3%
Otros (estudiante, artesanos, profesionales, etc.)	27	8.3%
Fuente de Derivación		
Plaza Castilla	73	22.8%
Coslada	21	6.6%
Móstoles	17	5.3%
Leganés	38	11.9%
Collado-Villalba	150	46.9%
Piso Acogida Toledo	11	3.4%
Otros	10	3.1%
Número de Hijos		1.74 (1.22)
Convive con Agresor	90	28.9%
Dependencia Económica del Agresor	116	36.6%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes

Tabla 7.2: Características de la historia de violencia de pareja de la muestra total evaluada (N=320)

VARIABLES	N	Media (DT) o %
Tipo de Maltrato		
Psicológico	90	28.1%
Físico y psicológico	173	54.1%
Físico, psicológico y sexual	57	17.8%
Duración del Maltrato (En años)		7,9 (8,79)
Menor 1 año	37	11.6%
Mayor 1 año	37	11.6%
2-5 años	113	35.4%
6-10 años	40	12.5%
11-15 años	39	12.2%
15- en adelante	54	16.6%
Frecuencia del Maltrato		
A diario	78	24.4%
2 veces por semana	69	21.6%
Una vez por semana	46	14.4%
1 o 2 veces al mes	55	17.2%
Episodios aislados	72	22.4%
Han denunciado el maltrato	225	70.3%
Denuncias interpuestas		1.87 (2.94)
Denuncias retiradas		0.42 (1.69)
Han abandonado el hogar	181	56.6%
Número veces		2.08 (4.05)
Han recibido asistencia médica por lesiones	140	43.8%
Número de asistencias		1.1 (2.31)
Han recibido asistencia psicológica y/o psiquiátrica	128	40.0%
Maltrato de pareja previo	48	15.0%
Maltrato previo en familia de origen	88	27.5%
Maltrato a los hijos	193	60.3%
Tipo:		
Presenciado	125	39.1%
Psicológico	33	10.3%
Físico	35	10.9%
Apoyo Social	222	69.4%
Apoyo Familiar	210	65.6%
Apoyo Legal	219	68.4%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) o porcentajes

Tabla 7.3: Diagnóstico TEPT/ Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático de la muestra total evaluada (N=320)

MEDIDA	
Presencia de TEPT	
TEPT Crónico	40.0%
Síndrome de Estrés postraumático	6.6%
Ausencia de TEPT	53.4%
Escala Global	19.8 (11.36)
Subescala: Rexperimentación	5.68 (3.95)
Subescala: Evitación	7.51 (4.64)
Subescala: Aumento de activación	6.55 (4.18)

Nota: TEPT-Trastorno de Estrés Postraumático

Un análisis más detallado de los síntomas de TEPT constata que los valores de las medias superan los puntos de corte también para las tres subescalas (tabla 7.3) y aquellos que se dan con mayor frecuencia en la muestra analizada (tabla 7.4). Los más prevalentes en general, con una presencia mayor del 50% son los recuerdos intrusivos del trauma y malestar psicológico intenso al recordar el trauma en la subescala de reexperimentación, la pérdida de interés por realizar actividades significativas (apatía) en la subescala de aumento de activación y el insomnio y dificultades de concentración en la subescala de hiperactivación. La amnesia y los flashbacks son los síntomas que se dan en menor medida en toda la escala.

Tabla 7.4: Frecuencia de síntomas del TEPT de la muestra total evaluada, en % (N=320)

MEDIDA SÍNTOMAS DEL TEPT	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO	PRESENCIA DEL SÍNTOMA*
Subescala: Reexperimentación					
Recuerdos Intrusivos	21.0	27.4	23.6	28.0	51.6
Sueños Intrusivos	58.3	16.6	13.7	11.5	25.2
Flashbacks	66.2	12.7	14.0	7.0	21.0
Malestar psicológico	15.6	32.5	31.8	20.1	51.9
Malestar fisiológico	34.1	28.7	21.3	15.9	37.2
Subescala: Evitación					
De pensamientos, sentimientos, etc.	27.7	23.9	28.7	19.7	48.4
De actividades, lugares, etc.	52.9	15.6	14.6	16.9	31.5
Amnesia	78.0	10.2	9.2	2.5	11.7
Pérdida interés actividades significativas	25.5	24.2	29.6	20.7	50.3
Sensación desapego o enajenación	49.0	20.4	17.8	12.7	30.5
Restricción de la vida afectiva	41.4	16.6	18.2	23.9	42.1
Sensación futuro desolador	33.8	23.6	24.2	18.4	42.6
Subescala: Aumento de activación					
Insomnio	34.1	15.6	18.5	31.8	50.3
Irritabilidad	40.4	20.4	23.9	15.3	39.2
Dificultades de concentración	29.9	18.2	29.3	22.6	51.9
Hipervigilancia	38.9	15.9	20.7	24.5	45.2
Respuesta de sobresalto	42.7	16.6	20.7	20.1	40.8

*Se requiere puntuar bastante o mucho para ser considerado síntoma (Echeburúa et al., 1997b)

Abreviaturas: TEPT-Trastorno de Estrés Postraumático

Variables de adaptación y sintomatología concomitante. La sintomatología depresiva afecta al 87.7% de las participantes, distribuyéndose el 66.7% entre depresión moderada y grave. La media del BDI es de 22.95, indicando sintomatología depresiva moderada. El 73.3% se encuentra por debajo del punto de corte (29), indicativo de baja autoestima. Un elevado porcentaje (89.6%) de las participantes presenta una interferencia significativa a causa del problema en diferentes áreas de su vida cotidiana, en especial la relación de pareja (4.01) y subescala de valoración global (3.78), estando afectadas entre bastante y mucho. Las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, aun sin datos normativos, indican valores intermedios, siendo la más elevada la subescala de cogniciones negativas acerca del

mundo (4.72), en un rango de 1 a 7 puntos. La tabla 7.5 resume las puntuaciones obtenidas en términos de medias y desviaciones típicas y/o frecuencias para cada variable estudiada.

Tabla 7.5: Puntuaciones en los Instrumentos de Evaluación de Depresión, Autoestima, Inadaptación y Cogniciones Postraumática de la muestra total evaluada

INSTRUMENTO	ESCALA	Media y DT	CATEGORÍA	Frecuencia	%
BDI		22.95 (11.6)	Ausencia depresión	39	12.3%
			Depresión leve	67	21.1%
			Depresión moderada	18	37.1%
			Depresión grave	94	29.6%
Inventario de Autoestima		25.48 (5.21)	Autoestima alta	85	26,7%
			Autoestima baja	233	73,3%
Escala de Inadaptación		20.21 (6.64)	Superan corte	285	89,6%
	Trabajo	2.98 (1.53)			
	Vida social	2.98 (1.6)			
	Tiempo libre	3.29 (1.61)			
	Relación de pareja	4.01 (1.38)			
	Vida familiar	3.17 (1,65)			
	Global	3.78 (1.22)			
Inventario de Cogniciones Postraumáticas		12.07 (3.34)			
	Cogniciones negativas de sí mismo	3.65 (1.28)			
	Cogniciones negativas del mundo	4.72 (1.35)			
	Autopunición	3.7 (1.45)			

Otras Variables Psicopatológicas. Se han estudiado otras variables psicopatológicas para la caracterización inicial de la muestra completa, aunque no serán estudiadas posteriormente a la hora de evaluar los efectos del programa de intervención. Entre estas variables se consideran: los antecedentes de suicidio (en forma de pensamientos persistentes y/o intentos autolíticos previos) destacando un 44.4% de presencia en la muestra; consumo de sustancias adictivas (con porcentajes poco representativos, 8.1% de consumo problemático de alcohol según el CAGE y 3.4% de sustancias adictivas) y la presencia de otros trastornos de ansiedad (35.6% cumple criterios diagnósticos de otros trastornos de ansiedad, esencialmente de trastornos de angustia). La tabla 7.6 recoge estos resultados.

Tabla 7.6: Otras Variables Psicopatológicas: Frecuencias en la muestra total evaluada (N=320)

VARIABLE	N	N=320
Antecedentes de suicidio	320	44.4%
Consumo de sustancias adictivas	320	
Alcohol		8.1%
Sustancias tóxicas/drogas		3.4%
Existencia de otros trastornos de ansiedad	114	35.6%
Diagnóstico de otros trastornos de ansiedad		
Crisis de ansiedad	54	16.9%
Agorafobia	3	0.9%
Trastorno de angustia sin agorafobia	32	10.0%
Trastorno de angustia con agorafobia	4	1.3%
Fobia específica	11	3.4%
Fobia social	6	1.9%
Trastorno de ansiedad generalizada	4	1.3%

7.1.2. Descripción de la muestra: Grupo de Tratamiento y Grupo de No Tratamiento

7.1.2.1. Variables sociodemográficas del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento

En ambos grupos la media de edad es de 35 años, con hijos el 81% y una mayoría de mujeres (más del 50%) que ha iniciado trámites de separación o ya se encuentra separada/divorciada. Predomina en ambos casos un nivel socio-económico medio, siendo superior la distribución en el grupo no tratado (76.2%). No se desprende de los datos un nivel educativo representativo, con bastante distribución en los valores que adopta la variable y menores porcentajes para ambos grupos en estudios universitarios. A nivel laboral, el desempleo afecta a 1 de cada 4 mujeres en las dos muestras, y dependen económicamente del agresor un 22.1% de las mujeres del grupo tratado frente al 9.5% del grupo lista de espera. Un porcentaje reducido de estas mujeres continúa conviviendo con el agresor, 11.6% del grupo tratado y 14.3% del grupo no tratado. Los datos de las variables sociodemográficas se resumen en la tabla 7.7.

7.1.2.2. Variables de la historia de violencia de pareja del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento

En ambos grupos se produce con mayor frecuencia la exposición a varios tipos de violencia, esto es, psicológica y física/ psicológica, física y sexual (80% en el grupo de tratamiento y 76.2% en el no tratado). De cada 5 mujeres, 1 en cada grupo ha estado expuesta únicamente a violencia psicológica. La duración media del maltrato es menor en el grupo no tratado (6.05 frente a 7.1 años), no obstante, en ambos casos más del 70% de las mujeres informan de historias de violencia superiores a los 2 años. Más del 65% de las participantes de los grupos han sufrido maltrato al menos una vez por semana en el último mes de convivencia. Se ha extendido el maltrato a los hijos en más de un 60%, coincidiendo además en ambos la condición de testigos de la violencia con mayor frecuencia. Más del 75% de ambas muestras denuncia la situación de violencia, no obstante, abandonan más el domicilio familiar las participantes del grupo no tratado (85.7%). Reciben más asistencia médica por lesiones (52.6% frente a 42.9%) y menos psicológica (36.8% frente a 66.7%) en el grupo de tratamiento. Han experimentado más frecuentemente otras experiencias de maltrato en el grupo de no tratamiento (19% en relaciones de pareja y 38.1% en familia de origen). Al menos 3

de cada 4 participantes de ambos grupos informan de un adecuado apoyo social, familiar y legal o institucional. Los datos se encuentran resumidos en la tabla 7.8.

7.1.2.3. Variables psicopatológicas del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento

Trastorno de estrés postraumático. Las dos muestras cumplen en su totalidad los criterios diagnósticos para el TEPT de tipo crónico. En la tabla 7.9 se describen las puntuaciones obtenidas por las participantes en el pretratamiento en términos de medias y desviaciones típicas derivadas de la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997b). En todos los casos superan los puntos de corte para la escala global y subescalas.

Tabla 7.7: Características sociodemográficas del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento

VARIABLES	I (N= 95)	0 (N= 21)
Edad	35.36 (9.49)	35.19 (10.65)
Estado Civil		
Soltera	17.9%	14.3%
Casada	22.1%	19.0%
Conviviente/ Pareja de hecho	9.5%	14.3%
Trámites separación/ separada/ divorciada	50.5%	52.4%
Nivel Educativo		
Primarios incompletos	20.0%	28.6%
Primarios completos	29.5%	38.1%
Secundarios	34.7%	23.8%
Universitarios	15.8%	9.5%
Clase Social Subjetiva		
Baja	11.6%	14.3%
Media-baja	26.3%	9.5%
Media	56.8%	76.2%
Media-alta	4.2%	0.0%
Alta	1.1%	0.0%
Ocupación Actual		
Sector servicios	25.3%	38.1%
Sector administrativo	8.4%	4.8%
Tareas del hogar	13.7%	9.5%
Desempleada	25.3%	28.6%
Trabajo no cualificado	16.8%	19.0%
Otros (cualificados, estudiantes...)	10.5%	0.0%
Fuente de Derivación		
Plaza Castilla	14.7%	9.5%
Coslada	9.5%	0.0%
Móstoles	12.6%	4.8%
Leganés	17.9%	33.3%
Collado-Villalba	40.0%	33.3%
Piso Acogida Toledo	5.3%	19.0%
Número de Hijos	1.62 (1.29)	1.62 (1.24)
Convive con Agresor	11.6%	14.3%
Dependencia Económica del Agresor	22.1%	9.5%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes
Abreviaturas: I-Grupo de Tratamiento/ 0-Grupo no Tratamiento

Tabla 7.8: Características de la historia de violencia de pareja del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento

VARIABLES	I (N= 95)	0 (N= 21)
Tipo de Maltrato		
Psicológico	20.0%	23.8%
Físico y psicológico	59.0%	52.4%
Físico, psicológico y sexual	21.0%	23.8%
Duración del Maltrato (En años)	7.15 (7.69)	6.05 (6.81)
Menos 1 año	8.5%	4.8%
Más 1 año	12.8%	23.8%
2-5 años	36.2%	38.0%
6-10 años	18.0%	14.3%
11-15 años	12.8%	4.8%
15- en adelante	11.7%	14.3%
Frecuencia del Maltrato		
A diario	36.8%	47.7%
2/3 veces por semana	23.2%	19.0%
Una vez por semana	7.4%	9.5%
1/2 veces por mes	8.4%	9.5%
Menos de una vez al mes	24.2%	14.3%
Han denunciado el maltrato	77.9%	71.4%
Denuncias interpuestas	2.73 (3.38)	3.38 (4.61)
Denuncias retiradas	0.40 (1.37)	0.63 (2.50)
Han abandonado el hogar	72.6%	85.7%
Número veces	2.34 (3.16)	3.44 (5.02)
Han recibido asistencia médica por lesiones	52.6%	42.9%
Número de asistencias	1.59 (2.33)	3.15 (4.58)
Han recibido asistencia psicológica y/o psiquiátrica	36.8%	66.7%
Maltrato de pareja previo	15.8%	19.0%
Maltrato previo en familia de origen	27.4%	38.1%
Maltrato a los hijos	63.2%	61.9%
Tipo de maltrato		
Presenciado	44.2%	42.9%
Psicológico	5.3%	9.5%
Físico	13.7%	9.5%
Apoyo Social	78.9%	90.5%
Apoyo Familiar	72.6%	76.2%
Apoyo Legal/ Institucional	76.8%	76.2%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes
 Abreviaturas: I-Grupo de Tratamiento/ 0-Grupo no Tratamiento

Tabla 7.9: Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento

MEDIDA	I (N= 95)	0 (N= 21)
Escala Global	31.45 (7.06)	32.67 (7.71)
Subescala: Rexperimentación	9.58 (2.90)	9.14 (3.13)
Subescala: Evitación	11.62 (3.61)	12.10 (4.66)
Subescala: Aumento de activación	10.23 (2.99)	10.52 (2.82)

Abreviaturas: I-Grupo de Tratamiento/ 0-Grupo no Tratamiento

Por otro lado, se analizan los síntomas de TEPT (ver tabla 7.10) que se dan con mayor frecuencia en cada uno de los grupos. Si se consideran uno a uno los síntomas, los más frecuentes (con aparición mayor del 75%) son recuerdos intrusivos, malestar psicológico y malestar fisiológico en la subescala de reexperimentación, evitación de

pensamientos, sentimientos, etc, y pérdida de interés por realizar actividades significativas en la subescala de evitación y por último, dificultades de concentración, hipervigilancia y respuestas de sobresalto en la subescala de hiperactivación. Los síntomas que se dan en menor medida en toda la escala son los sueños intrusivos, flashbacks, sensación de futuro desolador y amnesia, siendo éste último el menos prevalente con resultados que oscilan entre 28.5% y 31.3% de presencia.

Tabla 7.10: Frecuencia de síntomas del TEPT del grupo total de tratamiento y grupo de no tratamiento, en %

MEDIDA	FRECUENCIA DEL SÍNTOMA*	
	I (N= 95)	0 (N= 21)
SÍNTOMAS DEL TEPT		
Subescala: Rexperimentación		
Recuerdos Intrusivos	84.1	85.7
Sueños Intrusivos	55.3	57.2
Flashbacks	50.0	47.6
Malestar psicológico	90.4	85.7
Malestar fisiológico	79.8	85.7
Subescala: Evitación		
De pensamientos, sentimientos, etc.	89.4	90.5
De actividades, lugares, etc.	61.7	71.4
Amnesia	31.3	28.5
Pérdida interés actividades significativas	74.5	85.7
Sensación desapego o enajenación	61.7	81.0
Restricción de la vida afectiva	72.3	76.1
Sensación futuro desolador	28.8	57.2
Subescala: Aumento de activación		
Insomnio	70.2	81.0
Irritabilidad	59.6	52.3
Dificultades de concentración	76.6	85.7
Hipervigilancia	84.0	90.4
Respuesta de sobresalto	75.5	76.2

*Se requiere puntuar bastante o mucho para ser considerado síntoma (Echeburúa et al., 1997b)

Abreviaturas: I-Grupo de Tratamiento/ 0-Grupo no Tratamiento

Variables de adaptación y sintomatología concomitante. La depresión afecta a más del 85% de las participantes de los grupos, con una media en el BDI superior a los 26 puntos, indicando sintomatología depresiva moderada. La media de autoestima en los grupos está por debajo del punto de corte (29), indicando baja autoestima, con frecuencias cercanas al 90%. Los datos indican porcentajes elevados de interferencia del problema en la vida cotidiana en ambas muestras, se sitúan por encima del 90%, afectando a todas las áreas estudiadas. El Inventario de Cogniciones Postraumáticas indica valores intermedios, siendo la más elevada la subescala de cogniciones negativas acerca del mundo (5.11 en grupo de tratamiento y 4.98 en grupo no tratado), representando que se está entre levemente de acuerdo y muy de acuerdo con estas cogniciones. La tabla 7.11 resume las puntuaciones de la evaluación pretratamiento (medias, desviaciones típicas y frecuencias) para los dos grupos estudiados.

Tabla 7.11: Frecuencia, media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en las medidas de autoinforme para las variables de adaptación y sintomatología concomitante del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento

MEDIDA	I (N= 95)	O (N= 21)
BDI	26.79 (9.38)	26.33 (11.28)
<i>Ausente</i>	5.3%	14.2%
<i>Leve</i>	7.4%	4.8%
<i>Moderada</i>	50.4%	38.1%
<i>Grave</i>	36.9%	42.9%
Escala de Autoestima	24.99 (4.20)	24.05 (4.03)
<i>Alta</i>	13.7%	9.5%
<i>Baja</i>	86.3%	90.5%
Escala de Inadaptación	22.00 (5.62)	21.29 (7.53)
<i>Superan corte</i>	95.8%	90.5%
Subescalas:		
Trabajo	3.52 (1.30)	3.38 (1.49)
Vida social	3.33 (1.42)	3.43 (1.50)
Tiempo libre	3.82 (1.36)	3.81 (1.36)
Relación de pareja	4.11 (1.31)	4.14 (1.35)
Vida familiar	3.03 (1.74)	2.48 (1.91)
Global	4.13 (1.13)	3.95 (1.28)
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	12.82 (2.86)	13.16 (1.87)
Subescalas:		
Cogniciones negativas acerca de sí mismo	3.94 (1.19)	4.26 (1.28)
Cogniciones negativas acerca del mundo	5.11 (1.20)	4.98 (1.32)
Autopunición	3.75 (1.52)	3.91 (1.87)

*Según medida se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes

Abreviaturas: I-Grupo de Tratamiento/ O-Grupo no Tratamiento

Otras Variables Psicopatológicas. Los resultados son similares en los grupos (ver tabla 7.12). Respecto a los antecedentes de suicidio (en forma de pensamientos persistentes y/o intentos autolíticos previos) el grupo de tratamiento informa de un 51.6% de presencia en la muestra y 61.9% para el grupo no tratado. En ambas muestras el consumo de sustancias adictivas es poco o nada representativo. El diagnóstico de otros trastornos de ansiedad está presente en cerca del 40% en ambas muestras, distribuyéndose esencialmente en los trastornos de angustia y en el grupo lista de espera en forma de fobias específicas.

Tabla 7.12: Variables Psicopatológicas no Dependientes: Frecuencias de la muestra total de tratamiento y grupo de no tratamiento

VARIABLES	I (N= 95)	O (N= 21)
Antecedentes de suicidio	51.6%	61.9%
Abuso de sustancias adictivas		
Alcohol	4.2%	0%
Sustancias tóxicas/drogas	3.2%	4.8%
Existencia de otros trastornos de ansiedad	39%	43%
Diagnóstico de otros trastornos de ansiedad		
Crisis de ansiedad	16.8%	14.3%
Agorafobia	1.1%	4.8%
Trastorno de angustia sin agorafobia	11.6%	4.8%
Fobia específica	5.3%	14.3%
Fobia social	4.2%	4.8%

Abreviaturas: I-Grupo de Tratamiento/ O-Grupo no Tratamiento

7.1.2.4. Estudio de las expectativas acerca del tratamiento del grupo de tratamiento y grupo de no tratamiento.

La última cuestión que se aborda en la entrevista semiestructurada de aplicación a las participantes en la evaluación pretratamiento, hace referencia a lo que éstas esperan

de la terapia. Aunque la diversidad de respuestas es amplia, se han tratado de clasificar a través de criterios técnicos y agrupar en diez categorías: 1) Aclarar ideas y tomar una decisión, 2) Saber que es normal, 3) Eliminar sentimientos de culpa, 4) Lograr tranquilidad, 5) Saber afrontar mejor los problemas, 6) Dejar de tener miedo, 7) Mejorar el estado de ánimo, 8) Mejorar la autoestima, 9) Eliminar síntomas del TEPT, 10) Otras expectativas.

Las participantes aportan tres respuestas según prioridad. Las respuestas más frecuentes como primera prioridad se agrupan en eliminar síntomas del TEPT (26.3%), dejar de tener miedo (18.9%) la mejora del estado de ánimo (17.9%) y mejora de la autoestima (10.5%). Como segunda prioridad, eliminar síntomas del TEPT (34.5%), dejar de tener miedo (11.9%) la mejora del estado de ánimo (10.7%) y mejora de la autoestima (9.5%). La tercera prioridad se agrupa en eliminar síntomas del TEPT (31.5%), lograr tranquilidad (14.8%) la mejora del estado de ánimo (7.4%) y mejora de la autoestima (11.1%).

Al considerar todas las respuestas, se puede apreciar que casi el 100% de las mujeres en el conjunto de sus respuestas desean que remitan los síntomas asociados al TEPT, seguido en un significativo porcentaje de la mejora del estado de ánimo y la autoestima.

7.1.2.5. Estudio de la equivalencia de los grupos: grupo de tratamiento versus grupo de no tratamiento

Los resultados de las pruebas χ^2 y t indican que no existen diferencias significativas en la mayoría de las variables estudiadas (ver tablas 7.13 y 7.14). No obstante, el análisis de homogeneidad revela que el porcentaje de mujeres que refiere haber recibido asistencia psicológica y/o psiquiátrica relacionado con el problema de maltrato es significativamente mayor en el grupo de no tratamiento (66,7%), en comparación con el grupo de tratamiento (36,8%) [χ^2 (1,95) = 10.30, $p=0.01$]. El efecto de esta variable se controla en los análisis posteriores.

Tabla 7.13: Prueba Chi-cuadrado (χ^2): Análisis de equivalencia para el grupo total de tratamiento y grupo de no tratamiento

VARIABLES	χ^2 (gl, N)	Sig.*
Estado Civil	0.98 (3,95)	n.s. (0.80)
Nivel Educativo	3.26 (3,95)	n.s. (0.35)
Clase Social Subjetiva	6.25 (4,95)	n.s. (0.18)
Situación respecto al Agresor (convivencia)	0.19 (1,95)	n.s. (0.70)
Tipo de Violencia	1.66 (5,95)	n.s. (0.89)
Duración de la Violencia (segmentos)	4.78 (5,95)	n.s. (0.44)
Frecuencia de la Violencia	5.57 (6,95)	n.s. (0.47)
Proceso Legal en Curso	0.26 (1,95)	n.s. (0.60)
Abandono de Hogar	1.81 (1,95)	n.s. (0.17)
Asistencia Médica	1.03 (1,95)	n.s. (0.30)
Red de Apoyo Social	1.35 (1,95)	n.s. (0.24)
Red de Apoyo Familiar	0.17 (1,95)	n.s. (0.67)
Red de Apoyo Legal	0.00 (1,95)	n.s. (1.00)
Asistencia Previa por Violencia (psicológica y/o psiquiátrica)	10.30 (1,95)	* 0.01
Experiencia de Maltrato Previo	0.01 (1,95)	n.s. (0.90)
Maltrato en Familia de Origen	1.56 (1,95)	n.s. (0.21)
Abuso de alcohol	1.18 (1,95)	n.s. (0.57)
Abuso de drogas	0.22 (1,95)	n.s. (0.53)
Antecedentes de Suicidio	1.15 (1,95)	n.s. (0.28)
Otros Diagnósticos de Ansiedad	0.17 (1,95)	n.s. (0.67)

* Nivel de significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

Tabla 7.14: Prueba t de Student: Análisis de equivalencia para el grupo total de tratamiento y grupo de no tratamiento

VARIABLES	t (gl)	Sig.*
Edad	0.91 (93)	n.s. (0.92)
Duración de la violencia (en años)	0.73 (92)	n.s. (0.46)
Escala TEPT (Puntuación total)	- 0.89 (93)	n.s. (0.37)
Reexperimentación	0.77 (93)	n.s. (0.43)
Evitación	- 0.56 (93)^†	n.s. (0.58)
Aumento de Activación	- 0.50 (93)	n.s. (0.61)
BDI	0.25 (93)	n.s. (0.80)
Escala de Autoestima	1.16 (93)	n.s. (0.24)
Escala de Inadaptación (Puntuación total)	0.52 (93) ^†	n.s. (0.60)
Inadaptación trabajo/estudios	- 0.56 (92)	n.s. (0.57)
Inadaptación vida social	- 0.35 (92)	n.s. (0.72)
Inadaptación tiempo libre	0.37 (92)	n.s. (0.97)
Inadaptación relación de pareja	- 1.43 (92)	n.s. (0.88)
Inadaptación vida familiar	1.63 (92)	n.s. (0.98)
Inadaptación global	0.79 (92)	n.s. (0.42)
Inventario Cogniciones Postraumáticas (Puntuación total)	- 0.60 (93)	n.s. (0.54)
Acerca de sí mismo	- 1.37 (93)	n.s. (0.17)
Acerca del mundo	0.55 (93)	n.s. (0.58)
Autopunición	- 0.53 (93)	n.s. (0.59)

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

^ Grados de libertad corregidos

†No se cumple el supuesto de homocedasticidad

7.1.3. Descripción de la muestra: Grupos de tratamiento de formato Individual y Grupal

7.1.3.1. Variables sociodemográficas de los formatos de tratamiento Individual y Grupal

En ambos grupos la media de edad es de 35 años, tiene hijos más del 80% y hay diferencias en el estado civil (69% en individual ya se encuentra separada/divorciada o ha iniciado trámites y 34% en grupal). Predomina la clase socio-económica media, siendo superior la distribución en el formato grupal (68%). No se desprende de los datos un nivel educativo representativo en el formato individual, no siendo así en el grupal, que presenta mayores porcentajes para estudios primarios y secundarios. A nivel laboral, el desempleo afecta a un mayor número de mujeres en el formato grupal (32%) y dependen económicamente más del agresor (30% frente al 13.3%). Un porcentaje reducido en ambos formatos (11-12%) continúa conviviendo con el agresor. Los datos de las variables sociodemográficas se resumen en la tabla 7.15.

7.1.3.2. Variables de la historia de violencia de pareja de los formatos de tratamiento Individual y Grupal

Aproximadamente 1 de cada 6 mujeres del formato individual ha estado expuesta exclusivamente a violencia psicológica, mientras que 1 de cada 4 lo ha estado en el grupal. En ambas muestras se produce con mayor frecuencia una combinación de varios tipos de violencia, siendo la más frecuente la psicológica y física. La existencia de violencia sexual es más frecuente en el formato individual (33.3% frente a un 10%). La duración media del maltrato es menor en el formato individual (6.73 frente a 7.53 años), y el 17.8% informa de una historia de violencia más corta (menor de un año). No obstante, en ambos grupos más del 70% de las mujeres informan de historias de violencia superiores a los 2 años. La frecuencia del maltrato arroja algunas diferencias entre los grupos, produciéndose menos episodios de violencia en el último mes de convivencia en el formato individual (62.2% de las mujeres informan que se producen uno, dos o menos de un episodio de maltrato al mes, frente al 6% indicado por las participantes de tratamiento grupal). Se ha extendido el maltrato a los hijos en más de un 60%, coincidiendo también en ambos la condición de testigos de la violencia en éstos con mayor frecuencia. Denuncian más las participantes del formato individual (84.4% frente a 72% del grupal), no obstante, abandonan el domicilio familiar a causa del maltrato en un porcentaje similar (71-72%). Reciben asistencia médica por lesiones más del 50% en ambos grupos, aunque el formato grupal lo hace

de media en más de una ocasión (2.46). Han recibido asistencia psicológica por este problema más del 35% de las participantes de ambos grupos. Han experimentado más frecuentemente otras experiencias de maltrato previas en el formato grupal (20% en relaciones de pareja y 30% en familia de origen). La mayoría de las participantes de ambos grupos informan de adecuado apoyo social, familiar y legal o institucional. Los datos relativos a estas variables se encuentran resumidos en la tabla 7.16.

7.1.3.3. Variables psicopatológicas de los formatos de tratamiento Individual y Grupal

Trastorno de estrés postraumático. Las dos muestras presentan TEPT de tipo crónico. La tabla 7.17 recoge las puntuaciones (medias y desviaciones típicas) de los dos grupos según su formato de tratamiento. Los valores de las medias superan los puntos de corte para la escala global y subescalas.

Tabla 7.15: Características sociodemográficas de los formatos de tratamiento individual y grupal

VARIABLES	Ii (N= 45)	Ig (N=50)
Edad	35.76 (10.09)	35 (9.01)
Estado Civil		
Soltera	13.3%	22.0%
Casada	4.4%	38.0%
Conviviente/ Pareja de hecho	13.3%	6.0%
Trámites separación/ separada/ divorciada	69%	34.0%
Nivel Educativo		
Primarios incompletos	31.1%	10.0%
Primarios completos	13.3%	44.0%
Secundarios	26.7%	42.0%
Universitarios	28.9%	4.0%
Clase Social Subjetiva		
Baja	15.6%	8.0%
Media-baja	28.9%	24.0%
Media	44.4%	68.0%
Media-alta	8.9%	0.0%
Alta	2.2%	0.0%
Ocupación Actual		
Sector servicios	24.4%	26.0%
Sector administrativo	8.9%	0.0%
Tareas del hogar	13.3%	14.0%
Desempleada	17.8%	32.0%
Trabajo no cualificado	20.0%	14.0%
Otros (cualificados, estudiantes...)	15.6%	4.0%
Fuente de Derivación		
Plaza Castilla	8.9%	20.0%
Coslada	8.9%	10.0%
Móstoles	4.4%	20.0%
Leganés	13.3%	22.0%
Collado-Villalba	64.5%	18.0%
Piso Acogida Toledo	0.0%	10.0%
Número de Hijos	1.51 (1.25)	1.72 (1.34)
Convive con Agresor	11.1%	12.0%
Dependencia Económica del Agresor	13.3%	30.0%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes
Abreviaturas: Ii-Formato Individual / Ig-Formato Grupal

Tabla 7.16: Características de la historia de violencia de pareja de los formatos de tratamiento individual y grupal

VARIABLES	Ii (N= 45)	Ig (N=50)
Tipo de Maltrato		
Psicológico	15.6%	24.0%
Físico y psicológico	51.1%	66.0%
Físico, psicológico y sexual	33.3%	10.0%
Duración del Maltrato (En años)	6.73 (8.71)	7.53 (6.69)
En segmentos		
Menos 1 año	17.8%	0.0%
Más 1 año	8.8%	16.0%
2-5 años	35.6%	36.0%
6-10 años	15.6%	20.0%
11-15 años	11.1%	14.0%
15- en adelante	11.1%	12.0%
Frecuencia del Maltrato		
A diario	20.0%	52.0%
2/3 veces por semana	6.7%	38.0%
Una vez por semana	11.1%	4.0%
1/2 veces por mes	15.6%	2.0%
Menos de una vez al mes	46.6%	4.0%
Han denunciado el maltrato	84.4%	72.0%
Denuncias interpuestas	2.58 (3.51)	2.92 (3.24)
Denuncias retiradas	0.11 (0.31)	0.75 (1.99)
Han abandonado el hogar	71.1%	72.0%
Número veces	2.22 (3.75)	2.47 (2.54)
Han recibido asistencia médica por lesiones	53.3%	52.0%
Número de asistencias	1.09 (1.47)	2.46 (3.19)
Han recibido asistencia psicológica y/o psiquiátrica	35.6%	38.0%
Maltrato de pareja previo	11.1%	20.0%
Maltrato previo en familia de origen	24.4%	30.0%
Maltrato a los hijos	64.4%	60.0%
Tipo de maltrato		
Presenciado	40.0%	48.0%
Psicológico	2.2%	8.0%
Físico	22.2%	6.0%
Apoyo Social	75.6%	82.0%
Apoyo Familiar	66.7%	78.0%
Apoyo Legal/Institucional	75.6%	78.0%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes
 Abreviaturas: Ii-Formato Individual / Ig-FormatoGrupal

Tabla 7.17: Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático según formato de tratamiento individual y grupal

MEDIDA	Ii (N= 45)	Ig (N=50)
Escala Global	33.40 (6.78)	29.70 (6.92)
Subescala: Rexperimentación	9.91 (3.13)	9.28 (2.68)
Subescala: Evitación	12.51 (3.72)	10.82 (3.34)
Subescala: Aumento de activación	10.80 (2.99)	9.72 (2.92)

Abreviaturas: Ii-Formato Individual / Ig-FormatoGrupal

Por otro lado, se analizan los síntomas de TEPT (ver tabla 7.18) que se dan con mayor frecuencia en cada grupo. Si se consideran uno a uno los síntomas, los más frecuentes en ambos grupos (con aparición mayor del 75%) son: los recuerdos intrusivos y malestar psicológico y físico intenso al recordar el trauma en la subescala de

reexperimentación, evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso traumático en la subescala de evitación, y la hipervigilancia en la subescala de hiperactivación. En ambos grupos, el síntoma que se da en menor medida en toda la escala es la incapacidad para recordar algún aspecto importante del suceso traumático, presente en mayor medida en las participantes del formato individual.

Tabla 7.18: Frecuencia de síntomas del TEPT de los formatos de tratamiento individual y grupal, en %

MEDIDA SÍNTOMAS DEL TEPT	FRECUENCIA DEL SÍNTOMA*	
	Ii (N= 45)	Ig (N=50)
Subescala: Rexperimentación		
Recuerdos Intrusivos	81.8	86.0
Sueños Intrusivos	56.8	54.0
Flashbacks	56.8	44.0
Malestar psicológico	86.4	94.0
Malestar fisiológico	81.8	78.0
Subescala: Evitación		
De pensamientos, sentimientos, etc.	93.7	86.0
De actividades, lugares, etc.	65.9	58.0
Amnesia	25.0	18.0
Perdida interés actividades significativas	70.5	78.0
Sensación desapego o enajenación	63.7	60.0
Restricción de la vida afectiva	70.4	74.0
Sensación futuro desolador	66.0	38.0
Subescala: Aumento de activación		
Insomnio	63.6	76.0
Irritabilidad	59.1	60.0
Dificultades de concentración	79.5	74.0
Hipervigilancia	86.4	82.0
Respuesta de sobresalto	77.3	74.0

*Se requiere puntuar bastante o mucho para ser considerado síntoma (Echeburúa et al., 1997b)

Abreviaturas: Ii-Formato Individual / Ig-Formato Grupal

Variables de adaptación y sintomatología concomitante. La depresión está presente entre el 90% y 100% de las mujeres de formato grupal e individual de tratamiento respectivamente, con valores medios superiores a 26 puntos en ambos grupos indicando depresión moderada. También la media de autoestima se encuentra en ambos formatos por debajo del punto de corte (29), lo que indica baja autoestima, con frecuencias iguales o superiores al 80%. A nivel adaptativo, los datos indican nuevamente porcentajes elevadísimos de interferencia del problema en la vida cotidiana, así, en ambas muestras se sitúan por encima del 90%, afectando a todas las áreas estudiadas. Las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, aun sin datos normativos, indican valores intermedios, siendo la más elevada en los dos grupos la subescala de cogniciones negativas acerca del mundo. En la tabla 7.19 se describen las puntuaciones obtenidas en la evaluación pretratamiento,

en términos de frecuencias, medias y desviaciones típicas, estableciendo la diferenciación entre los diferentes grupos.

Tabla 7.19: Frecuencia, media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en las medidas de autoinforme para las variables de adaptación y sintomatología concomitante de los formatos de tratamiento individual y grupal

MEDIDA	Ii (N= 45)	Ig (N=50)
BDI	26.13 (7.82)	27.38 (10.64)
<i>Ausente</i>	0%	10%
<i>Leve</i>	6.7%	8%
<i>Moderada</i>	62.2%	40%
<i>Grave</i>	31.1%	42%
Escala de Autoestima	25.36 (4.13)	24.66 (4.28)
<i>Alta</i>	20%	8%
<i>Baja</i>	80%	92%
Escala de Inadaptación	23.18 (5.43)	20.94 (5.63)
<i>Superan corte</i>	97.8%	94%
Subescalas:		
Trabajo	3.80 (1.24)	3.28 (1.33)
Vida social	3.41 (1.45)	3.26 (1.41)
Tiempo libre	4.02 (1.22)	3.64 (1.45)
Relación de pareja	4.23 (1.19)	4.00 (1.41)
Vida familiar	3.45 (1.56)	2.66 (1.83)
Global	4.16 (1.20)	4.10 (1.09)
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	12.84 (2.31)	12.81 (3.30)
Subescalas:		
Cogniciones negativas acerca de sí mismo	3.96 (1.04)	3.93 (1.33)
Cogniciones negativas acerca del mundo	5.14 (1.09)	5.09 (1.30)
Autopunición	3.71 (1.39)	3.80 (1.64)

*Según medidas se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes

Abreviaturas: Ii-Formato Individual / Ig-Formato Grupal

Otras Variables Psicopatológicas. En ambos grupos aproximadamente 1 de cada 2 mujeres presenta antecedentes de suicidio. El consumo de sustancias, alcohol y/o tóxicos es poco o nada representativo en las muestras estudiadas. La existencia de otros trastornos de ansiedad se observa en cerca del 50% en el formato individual a diferencia del 30% de presencia en el grupal, con diferencias en la distribución entre la tipología/diagnóstico de los trastornos. Los resultados se resumen en la tabla 7.20.

Tabla 7.20: Otras Variables Psicopatológicas: Frecuencias de los formatos de tratamiento individual y grupal

VARIABLES	Ii (N= 45)	Ig (N=50)
Antecedentes de suicidio	46.7%	56%
Consumo de sustancias		
Alcohol	4.4%	0%
Tóxicos/Drogas ilegales	6.3%	0%
Existencia de otros trastornos de ansiedad	48.9%	30.0%
Diagnóstico de otros trastornos de ansiedad		
Crisis de ansiedad	28.9%	6.0%
Agorafobia	17.8%	6.0%
Trastorno de angustia sin agorafobia	0.0%	2.0%
Fobia específica	2.2%	8.0%
Fobia social	0.0%	8.0%

Abreviaturas: Ii-Formato Individual / Ig-Formato Grupal

7.1.3.4. Estudio de la equivalencia del grupo total de tratamiento: formato de tratamiento individual versus grupal

Los resultados de las pruebas χ^2 y t indican que no existen diferencias significativas en la mayoría de las variables estudiadas (ver tablas 7.21 y 7.22). No obstante, los grupos no son homogéneos en las siguientes variables: estado civil, nivel educacional, tipo y frecuencia del maltrato, escala total TEPT, subescala de evitación y subescala de inadaptación en la vida familiar. El efecto de estas variables se controla en los análisis posteriores.

Tabla 7.21: Prueba Chi-cuadrado (χ^2): Análisis de equivalencia de los grupos según el formato de tratamiento: individual versus grupal

VARIABLES	χ^2 (gl, N)	Sig.*
Estado Civil	20.10 (3,95)	*0.01
Nivel Educacional	23.73 (3,95)	*0.01
Clase Social Subjetiva	9.25 (4,95)	n.s. (0.055)
Situación respecto al Agresor (convivencia)	0.38 (1,95)	n.s. (0.84)
Tipo de Violencia	16.81 (5,95)	*0.01
Duración de la Violencia (segmentos)	10.25 (5,95)	n.s. (0.06)
Frecuencia de la Violencia	42.36 (6,95)	* 0.01
Proceso Legal en Curso	2.13 (1,95)	n.s. (0.14)
Abandono de Hogar	0.00 (1,95)	n.s. (0.92)
Asistencia Médica	0.17 (1,95)	n.s. (0.89)
Red de Apoyo Social	0.59 (1,95)	n.s. (0.44)
Red de Apoyo Familiar	1.53 (1,95)	n.s. (0.21)
Red de Apoyo Legal	0.80 (1,95)	n.s. (0.77)
Asistencia Previa por Violencia (psicológica y/o psiquiátrica)	0.61 (1,95)	n.s. (0.80)
Experiencia de Maltrato Previo	1.40 (1,95)	n.s. (0.23)
Maltrato en Familia de Origen	0.36 (1,95)	n.s. (0.54)
Abuso de alcohol	0.01 (1,95)	n.s. (1.00)
Abuso de drogas	3.44 (1,95)	n.s. (0.10)
Antecedentes de Suicidio	0.82 (1,95)	n.s. (0.36)
Otros Diagnósticos de Ansiedad	3.55 (1,95)	n.s. (0.06)

* Nivel de significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

El análisis de homogeneidad revela que las variables estado civil [χ^2 (3,95) = 20.10, $p=0.01$] y nivel educacional [χ^2 (3,95) = 23.73, $p=0.01$], ambas características sociodemográficas, muestran una distribución categorial muy diferente en ambos grupos. El porcentaje de mujeres que ha iniciado trámites de separación o ya se encuentra separada/divorciada es muy superior en el formato individual (69%) frente a la grupal (34%). En relación al nivel educativo, en el formato individual el 40% de la muestra está distribuida entre estudios primarios y secundarios, no siendo así en la grupal, que presenta un porcentaje muy superior para estas categorías (86%). En relación a las características de la historia de violencia, el tipo de maltrato [χ^2 (5,95) = 16.81, $p=0.01$] y la frecuencia del mismo [χ^2 (6,95) = 42.36, $p=0.01$] muestran nuevamente una distribución categorial muy diferente entre los dos grupos estudiados.

Estas diferencias pueden observarse en los porcentajes encontrados en el estudio descriptivo de la muestra, así, en relación al tipo de maltrato en el formato individual la categoría que incluye violencia psicológica, física y sexual es superior (33.3%) frente a la grupal (10%), siendo inferiores los valores en violencia psicológica exclusiva o psicológica y física en el formato individual (15.6% y 51.1%) en comparación con la grupal (24% y 66%). A su vez, las diferencias entre los grupos en la frecuencia del maltrato se observan en una mayor distribución de la muestra en frecuencias diarias o de uno a tres episodios de violencia de violencia a la semana en el formato grupal (94%) frente al individual (37.8%), concentrándose en éste último el mayor porcentaje en uno, dos o menos de un episodio de maltrato al mes en el último mes de convivencia (62.2% frente al 6% del tratamiento grupal).

Tabla 7.22: Prueba t de Student: Análisis de equivalencia de los grupos según formato de tratamiento: individual versus grupal

VARIABLES	t (gl)	Sig.*
Edad	- 0.38 (93)	n.s. (0.70)
Duración de la violencia (en años)	0.50 (92)	n.s. (0.61)
Escala TEPT (Puntuación total)	- 2.62 (93)	**0.01
Reexperimentación	- 1.05 (93)	n.s. (0.29)
Evitación	- 2.33 (93)	*0.02
Aumento de Activación	- 1.77 (93)	n.s. (0.07)
BDI	0.64 (93)	n.s. (0.52)
Escala de Autoestima	- 0.80 (93)	n.s. (0.42)
Escala de Inadaptación (Puntuación total)	- 1.96 (93)	n.s. (0.052)
Inadaptación trabajo/estudios	- 1.94 (92)	n.s. (0.055)
Inadaptación vida social	- 0.50 (92)	n.s. (0.61)
Inadaptación tiempo libre	- 1.36 (92)	n.s. (0.17)
Inadaptación relación de pareja	- 0.83 (92)	n.s. (0.40)
Inadaptación vida familiar	- 2.25 (92)	*0.02
Inadaptación global	- 0.25 (92)	n.s. (0.80)
Inventario Cogniciones Postraumáticas (Puntuación total)	- 0.07 (93) ^†	n.s. (0.94)
Acerca de sí mismo	- 0.17 (93) ^†	n.s. (0.86)
Acerca del mundo	- 0.23 (93)	n.s. (0.81)
Autopunición	0.26 (93)	n.s. (0.79)

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo ^ Grados de libertad corregidos †No se cumple el supuesto de homocedasticidad

En cuanto a las variables cuantitativas se han encontrado diferencias en: 1) puntuación total de la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático [$t(95)=-2.62$, $p=0.01$] con diferencia significativamente mayor en las puntuaciones del tratamiento individual ($M=33.40$ y $d.t.=6.78$) frente al grupal ($M=29.70$ y $d.t.=6.91$); 2) subescala de evitación [$t(95)=-2.33$, $p=0.02$] con diferencia significativamente mayor en las puntuaciones del tratamiento individual ($M=12.51$ y $d.t.=3.72$) frente al grupal ($M=10.82$ y $d.t.=3.34$) y 3) subescala de vida familiar de la escala de inadaptación [$t(95)=-2.25$, $p=0.02$] con diferencia significativamente mayor en las puntuaciones del formato individual ($M=3.45$ y $d.t.=1.56$) frente al formato grupal ($M=2.66$ y $d.t.=1.82$).

7.1.4. Descripción de la muestra: Grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual

7.1.4.1. Variables sociodemográficas de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual

La edad media de las participantes difiere en los grupos, 38 años para el grupo experimental 1 (GE1 en adelante) y 33 para el grupo experimental 2 (GE2 en adelante). En ambos, es más frecuente que tengan hijos y que hayan iniciado trámites o ya estén separadas/divorciadas. La clase socio-económica más representativa es la media-baja y media. No se desprende de los datos un nivel educativo representativo en el GE1, apareciendo un porcentaje muy reducido en la finalización de estudios primarios en el GE2 (4.3%). No obstante, en ambos destaca que al menos 1 de cada 4 mujeres tiene estudios universitarios. A nivel laboral, el desempleo afecta a un mayor número de mujeres en el GE2 (28.6%) aunque dependen económicamente menos del agresor (8.7% frente al 18.2% del GE1). En esta misma dirección, la convivencia con el agresor es menor en el GE2 (4.3%) respecto al GE1 (18.2%). Se resumen los datos descritos en la tabla 7.23.

7.1.4.2. Variables de la historia de violencia de pareja de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual

El tipo de violencia a la que se ven expuestas las mujeres de ambos grupos muestra algunas diferencias de interés. Aunque en ambos grupos la combinación de varios tipos de maltrato es más frecuente, en el GE1 predomina la violencia psicológica y física (63.7%), a diferencia del GE2 al que se le añade el componente de violencia sexual (52.2%). La duración media del maltrato arroja nuevamente diferencias, es bastante menor en el GE1 (4.85 años frente a 8.53 del GE2), y en este mismo grupo un 22.7% de mujeres informan de una historia de violencia más corta (menor de un año). No obstante, en ambos, más del 70% de las mujeres informan de historias de violencia superiores a los 2 años. Casi 1 de cada 2 mujeres de ambos grupos informa que en el último mes de convivencia no se han producido episodios de violencia, indicando episodios aislados en su relación de pareja. El resto se distribuye en otras frecuencias sin que se observen grandes diferencias entre los grupos, concentrándose un porcentaje mayor en una frecuencia diaria de maltrato. El maltrato afecta a los hijos en igual medida (más del 60%). Denuncian más del 80%, no obstante, abandonan el domicilio familiar a causa del maltrato en un porcentaje mayor las mujeres del GE2

(82.6% frente a 59.1%). Reciben asistencia médica por lesiones más del 50% en ambos grupos, y psicológica en mayor medida en el GE1 (45.5%) respecto al GE2 (26.1%). Han experimentado más frecuentemente otras experiencias de maltrato previas en el GE1 (18.2% en relaciones de pareja y 27.3% en familia de origen). Las participantes del GE1 informan de un mayor apoyo social, apoyo legal o institucional y menor apoyo familiar respecto al GE2. Los datos se resumen en la tabla 7.24.

7.1.4.3. Variables psicopatológicas de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual

Trastorno de estrés postraumático. Las dos muestras presentan TEPT de tipo crónico. La tabla 7.25 recoge las puntuaciones (medias y desviaciones típicas) de los dos grupos experimentales. Los valores superan los puntos de corte para la escala global y subescalas.

Tabla 7.23: Características sociodemográficas de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

VARIABLES	GE1: Ice (N= 22)	GE2: Iec (N=23)
Edad	38.23 (9.67)	33.39 (10.12)
Estado Civil		
Soltera	9.1%	17.4%
Casada	4.5%	4.3%
Conviviente/ Pareja de hecho	18.2%	8.7%
Trámites separación/ separada/ divorciada	68.2%	69.6%
Nivel Educativo		
Primarios incompletos	31.8%	30.4%
Primarios completos	22.7%	4.3%
Secundarios	18.2%	34.8%
Universitarios	27.3%	30.4%
Clase Social Subjetiva		
Baja	18.2%	13%
Media-baja	40.9%	17.4%
Media	36.4%	52.2%
Media-alta	0.0%	17.4%
Alta	4.5%	0.0%
Ocupación Actual		
Sector servicios	22.7%	38.1%
Sector administrativo	4.5%	4.8%
Tareas del hogar	9.1%	9.5%
Desempleada	13.6%	28.6%
Trabajo no cualificado	31.8%	19.0%
Otros (cualificados, estudiantes...)	18.3%	0.0%
Fuente de Derivación		
Plaza Castilla	9.1%	8.7%
Coslada	13.6%	4.3%
Móstoles	0.0%	4.3%
Leganés	22.7%	4.3%
Collado-Villalba	54.5%	73.9%
Número de Hijos	1.59 (1.00)	1.43 (1.47)
Convive con Agresor	18.2%	4.3%
Dependencia Económica del Agresor	18.2%	8.7%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes

Abreviaturas: GE=grupo experimental/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tabla 7.24: Características de la historia de violencia de pareja de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

VARIABLES	GE1: Ice (N= 22)	GE2: Iec (N=23)
Tipo de Maltrato		
Psicológico	22.7%	8.7%
Físico y psicológico	63.7%	39.1%
Físico, psicológico y sexual	13.6%	52.2%
Duración del Maltrato (En años)	4.85 (5.39)	8.53 (10.83)
En segmentos		
Menos 1 año	22.7%	13.0%
Más 1 año	4.5%	13.0%
2-5 años	45.5%	26.1%
6-10 años	13.6%	17.4%
11-15 años	4.5%	17.4%
15- en adelante	9.1%	13.0%
Frecuencia del Maltrato		
A diario	22.7%	17.4%
2/3 veces por semana	0.0%	13.0%
Una vez por semana	13.6%	8.7%
1/2 veces por mes	18.1%	13.0%
Menos de una vez al mes	45.5%	47.8%
Han denunciado el maltrato	81.8%	87.0%
Denuncias interpuestas	3.00 (4.53)	2.17 (2.18)
Denuncias retiradas	0.14 (0.35)	0.09 (0.29)
Han abandonado el hogar	59.1%	82.6%
Número veces	2.32 (4.58)	2.14 (2.71)
Han recibido asistencia médica por lesiones	54.4%	52.2%
Número de asistencias	1.14 (1.52)	1.04 (1.46)
Han recibido asistencia psicológica y/o psiquiátrica	45.5%	26.1%
Maltrato de pareja previo	18.2%	4.3%
Maltrato previo en familia de origen	27.3%	21.7%
Maltrato a los hijos	63.6%	65.2%
Tipo de maltrato		
Presenciado	36.4%	43.5%
Psicológico	0.0%	4.3%
Físico	27.3%	17.4%
Apoyo Social	81.8%	69.6%
Apoyo Familiar	63.6%	69.6%
Apoyo Legal/Institucional	77.3%	73.9%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes

Abreviaturas: GE=grupo experimental/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tabla 7.25: Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

MEDIDA	GE1: Ice (N= 22)	GE2: Iec (N=23)
Escala Global	33.82 (6.60)	33.00 (7.07)
Subescala: Rexperimentación	9.55 (3.66)	10.26 (2.58)
Subescala: Evitación	12.77 (3.84)	12.26 (3.68)
Subescala: Aumento de activación	11.09 (2.70)	10.52 (3.28)

Abreviaturas: GE=grupo experimental/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Si se analizan los síntomas de TEPT (ver tabla 7.26) uno a uno, los más frecuentes en ambos grupos (con aparición mayor del 75%) son los recuerdos intrusivos y malestar

psicológico intenso al recordar el trauma en la subescala de reexperimentación, la evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso traumático en la subescala de evitación y la hipervigilancia en la subescala de hiperactivación. El GE1 presenta mayores dificultades de concentración y el GE2 mayor malestar fisiológico al recordar el trauma y respuestas de sobresalto. En ambos grupos, el síntoma que se da en menor medida de toda la escala es la incapacidad para recordar algún aspecto importante del suceso traumático (amnesia), presente en un 33.3% de las participantes del GE1 y en el 17.4% del GE2.

Tabla 7.26: Frecuencia de síntomas del TEPT de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), en %

MEDIDA	FRECUENCIA DEL SÍNTOMA*	
SÍNTOMAS DEL TEPT	GE1: Ice (N= 22)	GE2: Iec (N=23)
Subescala: Rexperimentación		
Recuerdos Intrusivos	85.7	78.3
Sueños Intrusivos	52.4	60.9
Flashbacks	42.8	69.6
Malestar psicológico	85.7	87.0
Malestar fisiológico	71.5	91.3
Subescala: Evitación		
De pensamientos, sentimientos, etc.	95.2	91.3
De actividades, lugares, etc.	66.7	65.2
Amnesia	33.3	17.4
Perdida interés actividades significativas	71.4	69.6
Sensación desapego o enajenación	66.6	60.8
Restricción de la vida afectiva	76.2	65.2
Sensación futuro desolador	66.7	69.6
Subescala: Aumento de activación		
Insomnio	66.7	60.9
Irritabilidad	61.9	56.5
Dificultades de concentración	85.7	73.9
Hipervigilancia	95.3	78.2
Respuesta de sobresalto	71.3	82.6

*Se requiere puntuar bastante o mucho para ser considerado síntoma (Echeburúa et al., 1997b)

Abreviaturas: GE=grupo experimental/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Variables de adaptación y sintomatología concomitante. La depresión está presente entre el 100% de las mujeres de ambas muestras, con valores medios superiores (27.23) en el GE1. No obstante, en ambos grupos las puntuaciones medias indican depresión moderada. La media de autoestima se encuentra en ambas modalidades por debajo del punto de corte (29), lo que indica baja autoestima, con frecuencias entre el 78.3% y 81.8% para el GE2 y GE1 respectivamente. A nivel adaptativo, los datos indican porcentajes casi absolutos de interferencia del problema en la vida cotidiana, entre 95.7% (GE2) y 100% (GE1), afectando a todas las áreas estudiadas. El Inventario de Cogniciones Postraumáticas indica valores intermedios,

siendo la más elevada en los dos grupos la subescala de cogniciones negativas acerca del mundo. La tabla 7.27 resume los resultados comentados.

Tabla 7.27: Frecuencia, media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en las medidas de autoinforme para las variables de adaptación y sintomatología concomitante de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

MEDIDA	GE1: Ice (N= 22)	GE2: Iec (N=23)
BDI	27.23 (9.48)	25.09 (5.84)
<i>Ausente</i>	0%	0%
<i>Leve</i>	9.1%	4.3%
<i>Moderada</i>	54.5%	69.6%
<i>Grave</i>	36.4%	26.1%
Escala de Autoestima	25.73 (4.15)	25.00 (4.17)
<i>Alta</i>	18.2%	21.7%
<i>Baja</i>	81.8%	78.3%
Escala de Inadaptación	24.77 (4.24)	21.65 (6.08)
<i>Superan corte</i>		
Subescalas:		
Trabajo	4.24 (1.08)	3.39 (1.27)
Vida social	3.29 (1.52)	3.52 (1.41)
Tiempo libre	4.24 (1.04)	3.83 (1.37)
Relación de pareja	4.48 (1.20)	4.00 (1.16)
Vida familiar	3.86 (1.38)	3.09 (1.64)
Global	4.52 (0.68)	3.83 (1.46)
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	12.93 (2.71)	12.77 (1.92)
Subescalas:		
Cogniciones negativas acerca de sí mismo	4.10 (1.09)	3.84 (0.99)
Cogniciones negativas acerca del mundo	5.10 (1.23)	5.18 (0.96)
Autopunición	3.86 (1.53)	3.73 (1.27)

Abreviaturas: GE=grupo experimental/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Otras Variables Psicopatológicas. Presentan antecedentes de suicidio un porcentaje significativamente mayor (más del doble) las participantes del GE1 (63.6%). El consumo de sustancias, alcohol y/o tóxicos no es representativo en estas muestras. La existencia de otros trastornos de ansiedad se observa en cerca del 50% en ambos grupos, con mayor frecuencia de trastornos de angustia. Los resultados pueden consultarse en la tabla 7.28.

Tabla 7.28: Otras Variables Psicopatológicas: Frecuencias de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

VARIABLES	GE1: Ice (N= 22)	GE2: Iec (N=23)
Antecedentes de suicidio	63.6%	30.4%
Consumo de sustancias		
Alcohol	4.5%	4.3%
Tóxicos/Drogas ilegales	13.6%	0%
Existencia de otros trastornos de ansiedad	50.0%	47.8%
Diagnóstico de otros trastornos de ansiedad		
Crisis de ansiedad	31.8%	26.1%
Trastorno de angustia sin agorafobia	18.2%	17.4%
Fobia específica	0.0%	4.3%

Abreviaturas: GE=grupo experimental/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

7.1.4.4. Estudio de la equivalencia de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual

Los resultados de las pruebas χ^2 y t indican que no existen diferencias significativas la mayoría de las variables estudiadas (ver tablas 7.29 y 7.30). Los grupos no son homogéneos en las siguientes variables: tipo de maltrato, antecedentes de suicidio, subescala de inadaptación en el área de trabajo y/o estudio y subescala de inadaptación global. El efecto de estas variables se controla en los análisis posteriores.

Tabla 7.29: Prueba Chi-cuadrado (χ^2): Análisis de equivalencia para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

VARIABLES	χ^2 (gl, N)	Sig.*
Estado Civil	1.34 (3,45)	n.s. (0.71)
Nivel Educativo	4.05 (3,45)	n.s. (0.25)
Clase Social Subjetiva	7.84 (4,45)	n.s. (0.09)
Situación respecto al Agresor (convivencia)	0.87 (1,45)	n.s. (0.41)
Tipo de Violencia	9.56 (4,45)	*0.04
Duración de la Violencia (segmentos)	4.62 (5,45)	n.s. (0.46)
Frecuencia de la Violencia	5.11 (6,45)	n.s. (0.52)
Proceso Legal en Curso	0.00 (1,45)	n.s. (0.94)
Abandono de Hogar	3.02 (1,45)	n.s. (0.08)
Asistencia Médica	0.02 (1,45)	n.s. (0.87)
Red de Apoyo Social	0.91 (1,45)	n.s. (0.33)
Red de Apoyo Familiar	0.17 (1,45)	n.s. (0.67)
Red de Apoyo Legal	0.06 (1,45)	n.s. (0.79)
Asistencia Previa por Violencia (psicológica y/o psiquiátrica)	1.84 (1,45)	n.s. (0.17)
Experiencia de Maltrato Previo	2.17 (1,45)	n.s. (0.18)
Maltrato en Familia de Origen	0.18 (1,45)	n.s. (0.66)
Abuso de alcohol	0.00 (1,45)	n.s. (1.00)
Abuso de drogas	3.36 (1,45)	n.s. (0.10)
Antecedentes de Suicidio	4.98 (1,45)	*0.02
Otros Diagnósticos de Ansiedad	0.21 (1,45)	n.s. (0.88)

* Nivel de significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

El análisis de homogeneidad revela que el tipo de maltrato [χ^2 (4,45) = 9.56, $p=0.04$] muestra diferentes frecuencias entre los dos grupos estudiados (mayor frecuencia en el GE1 en las categorías de violencia psicológica exclusiva, 22.7% frente a 8.7% en GE2, y psicológica y física, 63.7% frente a 39.1% en el GE2; y menor frecuencia en la combinación de violencia psicológica, física y sexual, 13.6% frente al 52.2% del GE2). La variable relativa a la presencia de antecedentes de suicidio [χ^2 (1,45) = 4.98, $p=0.02$] también muestra diferencias entre los grupos, con mayor frecuencia de aparición en el GE1 (63.6% frente a 30.4%).

Tabla 7.30: Prueba t de Student: Análisis de equivalencia para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

VARIABLES	t (gl)	Sig.*
Edad	1.63 (43)	n.s. (0.10)
Duración de la violencia (en años)	- 1.43 (43)	n.s. (0.15)
Escala TEPT (Puntuación total)	0.40 (43)	n.s. (0.69)
Reexperimentación	- 0.75 (43) ^†	n.s. (0.45)
Evitación	0.45 (43)	n.s. (0.65)
Aumento de Activación	0.63 (43)	n.s. (0.53)
BDI	0.91 (43)	n.s. (0.36)
Escala de Autoestima	0.58 (43)	n.s. (0.56)
Escala de Inadaptación (Puntuación total)	1.98 (43)	n.s. (0.053)
Inadaptación trabajo/estudios	2.37 (42)	* 0.02
Inadaptación vida social	- 0.53 (42)	n.s. (0.59)
Inadaptación tiempo libre	1.11 (42)	n.s. (0.27)
Inadaptación relación de pareja	1.32 (42)	n.s. (0.19)
Inadaptación vida familiar	1.66 (42)	n.s. (0.10)
Inadaptación global	2.05 (42) ^†	* 0.04
Inventario Cogniciones Postraumáticas (Puntuación total)	- 0.23 (43)	n.s. (0.81)
Acerca de sí mismo	0.82 (43)	n.s. (0.41)
Acerca del mundo	- 0.26 (43)	n.s. (0.79)
Autopunición	- 0.12 (43)	n.s. (0.90)

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

^ Grados de libertad corregidos

† No se cumple el supuesto de homocedasticidad

En cuanto a las variables cuantitativas se han encontrado diferencias en: 1) subescala de trabajo y/o estudio de la escala de inadaptación, $[t(45)=2.37, p=0.02]$ con puntuaciones medias superiores en el GE1 ($M=4.24$ y $d.t.=1.08$) frente al GE2 ($M=3.39$ y $d.t.=1.27$ y 2) subescala global de la escala de inadaptación $[t(45)=2.05, p=0.04]$ con puntuaciones medias superiores en el GE1 ($M=4.52$ y $d.t.=0.68$) frente al GE2 ($M=3.83$ y $d.t.=1.46$).

7.1.5. Descripción de la muestra: Grupos según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de la muestra total tratada

7.1.5.1. Variables sociodemográficas de los grupos según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de la muestra total tratada

La edad media de las participantes es similar en ambos grupos, 35 años para el grupo experimental 1 de la muestra total de tratamiento (GT1 en adelante) y 34 años para el grupo experimental 2 de la muestra total de tratamiento (GT2 en adelante). En ambos, lo más frecuente es que tengan hijos (alrededor del 80%), que hayan iniciado trámites de separación/divorcio o ya estén separadas (alrededor del 50%), que la clase socio-económicas más representativa sea la media (alrededor del 50%) y el nivel educativo que agrupa mayor porcentaje sea la finalización de estudios primarios o secundarios (alrededor del 65%). A nivel laboral, el desempleo afecta al menos a 1 de cada 4 mujeres, dependen económicamente del agresor más del 20% en ambos grupos y conviven con éste el 12% de las participantes de ambos grupos. Los resultados se resumen en la tabla 7.31.

Tabla 7.31: Características sociodemográficas de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

VARIABLES	GT1: Ice (N= 47)	GT2: Iec (N=48)
Edad	35.79 (9.77)	34.94 (9.30)
Estado Civil		
Soltera	19.1%	16.7%
Casada	23.4%	20.8%
Conviviente/ Pareja de hecho	10.6%	8.3%
Trámites separación/ separada/ divorciada	46.8%	54.5%
Nivel Educativo		
Primarios incompletos	21.3%	18.8%
Primarios completos	34.0%	25.0%
Secundarios	29.8%	39.6%
Universitarios	14.9%	16.7%
Clase Social Subjetiva		
Baja	17.0%	6.3%
Media-baja	31.9%	20.8%
Media	48.9%	64.6%
Media-alta	0.0%	8.3%
Alta	2.2%	0.0%
Ocupación Actual		
Sector servicios	19.1%	31.3%
Sector administrativo	4.3%	12.5%
Tareas del hogar	12.8%	14.6%
Desempleada	27.7%	22.9%
Trabajo no cualificado	21.3%	12.5%
Otros (cualificados, estudiantes...)	14.8%	6.3%
Fuente de Derivación		
Plaza Castilla	17.0%	18.8%
Coslada	10.6%	8.3%
Móstoles	8.5%	16.7%
Leganés	21.3%	14.6%
Collado-Villalba	36.2%	37.5%
Piso de Acogida de Toledo	6.4%	4.2%
Número de Hijos	1.72 (1.36)	1.52 (1.24)
Convive con Agresor	12.8%	12.5%
Dependencia Económica del Agresor	21.3%	22.9%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

7.1.5.2. Variables de la historia de violencia de pareja de los grupos según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de la muestra total tratada

En los dos grupos estudiados la combinación de maltrato psicológico y físico es la más frecuente, el componente de maltrato psicológico exclusivo o la violencia sexual añadida a la combinación previa, arrojan valores cercanos al 20% en cada grupo. La duración media del maltrato arroja alguna diferencia, siendo menor en el GT1 (6.38 años frente a 7.92 del GT2). En ambos se repite la pauta de mayor frecuencia de historias de violencia largas, así, más del 70% de las mujeres informan de historias de violencia superiores a los 2 años y frecuencia de la misma mayor a un episodio de maltrato por semana en el último mes de convivencia. Se ha extendido el maltrato a los hijos en un 57.4% y 68.8% para el GT1 y GT2 respectivamente. Denuncian casi el

80% de las participantes de los grupos, no obstante, abandonan el domicilio familiar a causa del maltrato en un porcentaje mayor las mujeres del GT2 (81.3% frente a 61.7%). Reciben asistencia médica por lesiones más frecuentemente las participantes del GT1 (61.7% respecto a 43.8% del GT2), y psicológica en similar medida (al menos 1 de cada 3 mujeres). Han experimentado experiencias de maltrato previas relacionadas con la familia de origen (25.5-29.2%) en mayor medida que maltratos de pareja anteriores (19.1-12.5%) en los dos grupos. Las participantes del GT1 informan de un mayor apoyo social y menor apoyo familiar y apoyo legal o institucional respecto al GT2. Los datos se resumen en la tabla 7.32.

Tabla 7.32: Características de la historia de violencia de pareja de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

VARIABLES	GT1: Ice (N= 47)	GT2: Iec (N=48)
Tipo de Maltrato		
Psicológico	21.3%	18.8%
Físico y psicológico	61.7%	56.2%
Físico, psicológico y sexual	17.0%	25.0%
Duración del Maltrato (En años)	6.38 (6.79)	7.92 (8.50)
En segmentos		
Menos 1 año	10.6%	6.4%
Más 1 año	17.0%	8.5%
2-5 años	36.2%	36.2%
6-10 años	12.8%	23.4%
11-15 años	12.8%	12.8%
15- en adelante	10.6%	12.8%
Frecuencia del Maltrato		
A diario	40.4%	33.3%
2/3 veces por semana	19.1%	27.1%
Una vez por semana	6.4%	8.3%
1/2 veces por mes	17.0%	6.3%
Menos de una vez al mes	12.8%	25.0%
Han denunciado el maltrato	76.6%	79.2%
Denuncias interpuestas	2.93 (3.97)	2.54 (2.73)
Denuncias retiradas	0.58 (1.69)	0.22 (0.96)
Han abandonado el hogar	61.7%	81.3%
Número veces	2.43 (3.89)	2.26 (2.45)
Han recibido asistencia médica por lesiones	61.7%	43.8%
Número de asistencias	1.87 (2.85)	1.25 (1.44)
Han recibido asistencia psicológica y/o psiquiátrica	38.3%	35.4%
Maltrato de pareja previo	19.1%	12.5%
Maltrato previo en familia de origen	25.5%	29.2%
Maltrato a los hijos	57.4%	68.8%
Tipo de maltrato		
Presenciado	36.2%	52.1%
Psicológico	6.4%	4.2%
Físico	14.9%	12.5%
Apoyo Social	83.0%	75.0%
Apoyo Familiar	63.8%	81.3%
Apoyo Legal/Institucional	74.5%	79.2%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

7.1.5.3. Variables psicopatológicas de los grupos según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de la muestra total tratada

Trastorno de estrés postraumático. Las dos muestras objeto de estudio presentan TEPT crónico. La tabla 7.33 recoge las puntuaciones (medias y desviaciones típicas de la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático) de los dos grupos de tratamiento derivados de la muestra total de tratamiento. Los valores de las medias superan los puntos de corte para la escala global y subescalas.

Tabla 7.33: Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

VARIABLES	GT1: Ice (N= 47)	GT2: Iec (N=48)
Escala Global	31.64 (6.62)	31.27 (7.54)
Subescala: Rexperimentación	9.45 (3.01)	9.71 (2.83)
Subescala: Evitación	11.38 (3.52)	11.85 (3.72)
Subescala: Aumento de activación	10.60 (2.83)	9.88 (3.13)

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

El análisis de los síntomas de TEPT (ver tabla 7.34) indica que los más frecuentes en ambos grupos de tratamiento con una aparición mayor del 75%, lo que supone que al menos tres de cada cuatro de las participantes de cada uno de los grupos presentan el síntoma descrito, son: 1) los recuerdos intrusivos y el malestar psicológico intenso al recordar el trauma en la subescala de reexperimentación, 2) la evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso traumático en la subescala de evitación y 3) la hipervigilancia en ambos grupos, pertenecientes a la subescala de hiperactivación. El GT1 presenta mayores dificultades de concentración y restricción de la vida afectiva y el GT2 mayor malestar fisiológico al recordar el trauma, pérdida de interés por la realización de actividades significativas y respuestas de sobresalto.

En ambos grupos, el síntoma que se da en menor medida de toda la escala es la amnesia, presente en un 19.5% de las participantes del GT1 y en el 23% del GT2, es decir, aproximadamente una de cada cinco de las participantes del estudio muestran este síntoma en cada uno de los grupos. La presencia de flashbacks es también baja en ambos grupos, alrededor del 50%, lo que implica que una de cada dos de las mujeres evaluadas en cada grupo presenta este síntoma.

Tabla 7.34: Frecuencia de síntomas del TEPT de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), en %

MEDIDA	FRECUENCIA DEL SÍNTOMA*	
SÍNTOMAS DEL TEPT	GT1: Ice (N= 47)	GT2: Iec (N=48)
Subescala: Rexperimentación		
Recuerdos Intrusivos	89.1	79.2
Sueños Intrusivos	54.3	56.2
Flashbacks	47.8	52.1
Malestar psicológico	91.3	89.6
Malestar fisiológico	73.9	85.4
Subescala: Evitación		
De pensamientos, sentimientos, etc.	91.3	87.5
De actividades, lugares, etc.	63.0	60.4
Amnesia	19.5	23.0
Perdida interés actividades significativas	74.0	75.0
Sensación desapego o enajenación	56.5	66.7
Restricción de la vida afectiva	76.0	68.7
Sensación futuro desolador	32.6	56.3
Subescala: Aumento de activación		
Insomnio	73.9	66.7
Irritabilidad	65.3	54.2
Dificultades de concentración	82.6	70.9
Hipervigilancia	87.0	81.2
Respuesta de sobresalto	71.7	79.2

*Se requiere puntuar bastante o mucho para ser considerado síntoma (Echeburúa et al., 1997b)

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Variables de adaptación y sintomatología concomitante. La depresión está presente en más del 90% de las mujeres de ambas muestras, con valores medios superiores (27.53) en el GE1. No obstante, en ambos grupos las puntuaciones medias indican depresión moderada. La media de autoestima se encuentra en ambas modalidades por debajo del punto de corte (29), lo que indica baja autoestima, con frecuencias entre el 85.1% y 87.5% para el GT1 y GT2 respectivamente. A nivel adaptativo, los datos indican porcentajes casi absolutos de interferencia del problema en la vida cotidiana, entre 97.9% (GT1) y 100% (GT2), afectando a todas las áreas estudiadas. La subescala de cogniciones negativas acerca del mundo es la más elevada del Inventario de Cogniciones Postraumáticas en los dos grupos. La tabla 7.35 proporciona las puntuaciones obtenidas en la evaluación pretratamiento.

Otras Variables Psicopatológicas. Presentan antecedentes de suicidio un porcentaje significativamente mayor las participantes del GT1 (63.8%). El consumo de sustancias, alcohol y/o tóxicos es poco o nada representativo en las muestras estudiadas. La existencia de otros trastornos de ansiedad se observa en un 36.1% en el GT1 y 41.7% en el GT2, con mayor frecuencia de trastornos de angustia en ambos casos. Los resultados pueden consultarse en la tabla 7.36.

Tabla 7.35: Frecuencia, media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en las medidas de autoinforme para las variables de adaptación y sintomatología concomitante de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

VARIABLES	GT1: Ice (N= 47)	GT2: Iec (N=48)
BDI	27.53 (10.10)	26.06 (8.67)
<i>Ausente</i>	4.3%	6.3%
<i>Leve</i>	10.6%	4.2%
<i>Moderada</i>	46.8%	54.2%
<i>Grave</i>	38.3%	35.4%
Escala de Autoestima	24.91 (4.47)	25.06 (3.98)
<i>Alta</i>	14.9%	12.5%
<i>Baja</i>	85.1%	87.5%
Escala de Inadaptación	22.70 (5.22)	21.31 (5.96)
<i>Superan corte</i>	97.9%	100%
Subescalas:		
Trabajo	3.76 (1.30)	3.29 (1.29)
Vida social	3.15 (1.44)	3.50 (1.40)
Tiempo libre	3.85 (1.38)	3.79 (1.35)
Relación de pareja	4.13 (1.39)	4.08 (1.25)
Vida familiar	3.35 (1.69)	2.73 (1.76)
Global	4.37 (0.83)	3.90 (1.34)
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	12.89 (3.09)	12.76 (2.66)
Subescalas:		
Cogniciones negativas acerca de sí mismo	3.94 (1.24)	3.95 (1.16)
Cogniciones negativas acerca del mundo	5.20 (1.35)	5.03 (1.04)
Autopunición	3.74 (1.59)	3.77 (1.47)

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tabla 7.36: Otras Variables Psicopatológicas: Frecuencias de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

VARIABLES	GT1: Ice (N= 47)	GT2: Iec (N=48)
Antecedentes de suicidio	63.8%	39.6%
Consumo de sustancias		
Alcohol	2.1%	6.2%
Tóxicos/Drogas ilegales	6.4%	0%
Existencia de otros trastornos de ansiedad	36.1%	41.7%
Diagnóstico de otros trastornos de ansiedad		
Crisis de ansiedad	19.1%	14.6%
Trastorno de angustia sin agorafobia	10.6%	12.5%
Agorafobia	2.1%	0.0%
Fobia específica	4.3%	6.3%
Fobia social	0.0%	8.3%

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

7.1.5.4. Estudio de la equivalencia de los grupos según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de la muestra total tratada

Se pretende determinar si teniendo en cuenta la muestra total de mujeres que han recibido tratamiento, dado que se ha llevado a cabo el mismo tipo de intervención en relación al orden de aplicación de las técnicas en el formato grupal, se obtienen resultados similares en los análisis de eficacia de la intervención. La muestra queda constituida por 95 mujeres con TEPT que han recibido tratamiento y asignadas tal y como representa la tabla 7.37. Así, el GT1 (Ice) presenta una muestra de 47 participantes y el GT2 (Iec) un total de 48. En relación al formato de tratamiento, que incluye la variable terapeuta, y orden de las técnicas no aparecen diferencias

significativas entre ambos grupos, de modo que puede afirmarse que en éstas son homogéneos (ver tabla 7.38).

Tabla 7.37: Representación de la muestra total de tratamiento según el orden de aplicación de las técnicas: GT1(Ice) y GT2(Iec)

Formato de Tratamiento	Orden técnicas de Tratamiento		Total
	Ice	Iec	
Individual	22	23	45
Grupal	25	25	50
Total	47	48	95

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Los resultados de las pruebas χ^2 y t para el estudio de la equivalencia de la muestra indican que no existen diferencias significativas la mayoría de las variables estudiadas (ver tablas 7.38 y 7.39). Los grupos no son homogéneos en las siguientes variables: abandono de hogar, antecedentes de suicidio y subescala de inadaptación global de la Escala de Inadaptación. El efecto de éstas variables se controla en los análisis posteriores.

Tabla 7.38: Prueba Chi-cuadrado (χ^2): Análisis de equivalencia de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

VARIABLES	χ^2 (gl, N)	Sig.*
Estado Civil	0.54 (3,95)	n.s. (0.91)
Nivel Educativo	1.43 (3,95)	n.s. (0.69)
Clase Social Subjetiva	9.44 (4,95)	n.s. (0.051)
Situación respecto al Agresor (convivencia)	0.00 (1,95)	n.s. (0.96)
Tipo de Violencia	4.23 (5,95)	n.s. (0.51)
Duración de la Violencia (segmentos)	3.39 (5,95)	n.s. (0.63)
Frecuencia de la Violencia	2.54 (6,95)	n.s. (0.86)
Proceso Legal en Curso	0.09 (1,95)	n.s. (0.76)
Abandono de Hogar	4.46 (1,95)	* 0.03
Asistencia Médica	3.07 (1,95)	n.s. (0.80)
Red de Apoyo Social	0.91 (1,95)	n.s. (0.34)
Red de Apoyo Familiar	3.62 (1,95)	n.s. (0.06)
Red de Apoyo Legal	0.29 (1,95)	n.s. (0.58)
Asistencia Previa por Violencia (psicológica y/o psiquiátrica)	0.08 (1,95)	n.s. (0.77)
Experiencia de Maltrato Previo	0.79 (1,95)	n.s. (0.37)
Maltrato en Familia de Origen	0.15 (1,95)	n.s. (0.69)
Abuso de alcohol	1.00 (1,95)	n.s. (0.61)
Abuso de drogas	3.16 (1,95)	n.s. (0.11)
Antecedentes de Suicidio	5.59 (1,95)	* 0.01
Otros Diagnósticos de Ansiedad	0.30 (1,95)	n.s. (0.58)
Formato de tratamiento (Terapeuta)	0.012 (1,95)	n.s. (1.00)

* Nivel de significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

El análisis de homogeneidad revela que la variable abandono de hogar [χ^2 (1,95)=4.46, $p=0.03$] muestra diferentes frecuencias entre los dos grupos estudiados, con mayor aparición en el GT2. La variable relativa a la presencia de antecedentes de suicidio [χ^2 (1,95)= 5.59, $p=0.01$] también muestra diferencias entre los grupos, con mayor frecuencia de aparición en el GT1.

Tabla 7.39: Prueba t de Student: Análisis de equivalencia de los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

VARIABLES	t (gl)	Sig.*
Edad	0.43 (93)	n.s. (0.66)
Duración de la violencia (en años)	- 0.97 (92)	n.s. (0.33)
Escala TEPT (Puntuación total)	0.25 (93)	n.s. (0.80)
Reexperimentación	- 0.43 (93)	n.s. (0.66)
Evitación	- 0.63 (93)	n.s. (0.52)
Aumento de Activación	1.17 (93)	n.s. (0.24)
BDI	0.76 (93)	n.s. (0.44)
Escala de Autoestima	- 0.17 (93)	n.s. (0.86)
Escala de Inadaptación (Puntuación total)	1.20 (93)	n.s. (0.23)
Inadaptación trabajo/estudios	1.76 (92)	n.s. (0.08)
Inadaptación vida social	- 1.18 (92)	n.s. (0.23)
Inadaptación tiempo libre	0.19 (92)	n.s. (0.84)
Inadaptación relación de pareja	0.17 (92)	n.s. (0.86)
Inadaptación vida familiar	1.73 (92)	n.s. (0.08)
Inadaptación global	2.07 (92) ^†	* 0.042
Inventario Cogniciones Postraumáticas (Puntuación total)	1.20 (93)	n.s. (0.83)
Acerca de sí mismo	- 0.08 (93)	n.s. (0.93)
Acerca del mundo	0.65 (93)	n.s. (0.51)
Autopunición	- 0.11 (93)	n.s. (0.90)

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

^ Grados de libertad corregidos

†No se cumple el supuesto de homocedasticidad

En cuanto a las variables cuantitativas se han encontrado diferencias en la subescala global de la escala de inadaptación [$t(95)=2.07$, $p=0.04$] con puntuaciones medias superiores en el GT1, ($M=4.37$ y $d.t.=0.82$) frente al GT2, ($M=3.90$ y $d.t.=1.34$).

7.2. Estudio de la Eficacia del Tratamiento

7.2.1. Participación en el tratamiento

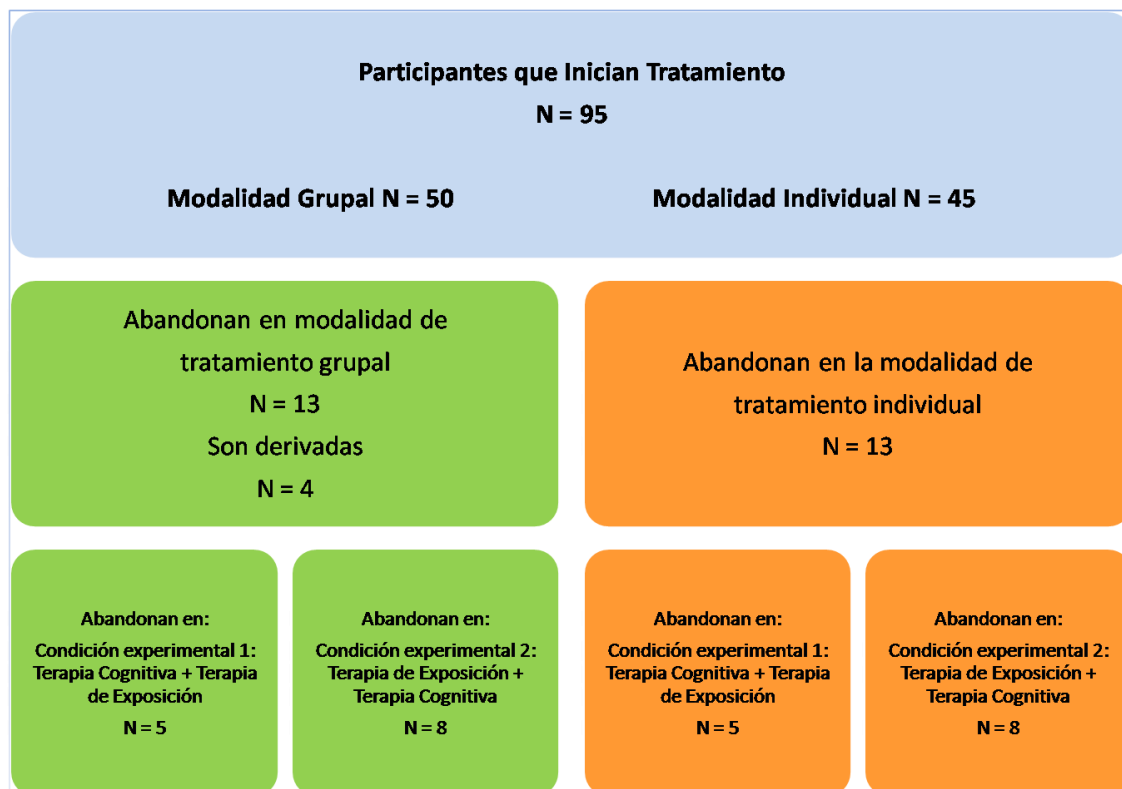
7.2.1.1. Adherencia al tratamiento

La tabla 7.40 y figura 7.1 muestran el número y porcentaje de participantes, que habiendo iniciado el tratamiento en los diferentes formatos abandonan a lo largo del mismo. La tabla 7.40 aporta a su vez información sobre la sesión en que abandonan el tratamiento y los motivos del mismo.

Tal y como se desprende de los datos, el número de abandonos es igual para los dos formatos de intervención (individual vs. grupal), 13 en cada caso, que supone un 28.9% de abandonos en el tratamiento individual y 28.3% en el grupal. A su vez, en ambos casos se distribuye en igual proporción el número de abandonos en cada condición experimental, esto es, 5 abandonos en la condición experimental de terapia cognitiva seguida de terapia de exposición y 8 en la condición experimental de terapia de exposición seguida de terapia cognitiva. Así, se producen 10 abandonos en la

primera condición y 16 en la segunda. El porcentaje de abandono de la muestra total es de 28.6%, del cual, el 11% corresponde a la condición experimental 1 (Ice) y el 17.6% corresponde la condición experimental 2 (Iec).

Figura 7.1. Adherencia al tratamiento



Los motivos de abandono se han estudiado según causa conocida (abandono forzado) o desconocida (abandono real). Por causas conocidas se entiende la necesidad de un cambio de lugar de residencia e incompatibilidad absoluta de horarios por motivos laborales que en cualquier caso son comunicados a las investigadoras. Por causas desconocidas se entiende el deseo de las participantes de no continuar con la terapia sin comunicarlo y sin aportar justificación/explicación al respecto. Señalar en relación a los datos que se produce en casi la misma frecuencia el abandono forzado que el abandono real, así conocemos los motivos del abandono en un 61.5% en el formato individual y 46.2% en el grupal. En cuanto a la sesión en que se producen los abandonos, se puede observar en la tabla 7.40 que está bastante distribuido, no obstante, la segunda sesión en cualquiera de los formatos y/o condiciones experimentales es la más frecuente, sin que se produzcan abandonos ni en la quinta ni octava sesión.

Tabla 7.40: Frecuencia y motivos de abandono de la muestra total de tratamiento según formato de intervención y condición experimental asignada

	Formato de Tratamiento												Muestra Total	
	Individual						Grupal						Tratamiento	
	Ice		Iec		Total		Ice		Iec		Total		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
No abandona	17	77.3	15	65.2	32	71.1	18	78.3	15	65.2	33	71.7	65	71.4
Abandona	5	22.7	8	34.8	13	28.9	5	21.7	8	34.8	13	28.3	26	28.6
Motivos de abandono														
• Conocido	3	60.0	5	62.5	8	61.5	3	60.0	3	37.5	6	46.2	14	53.8
• Desconocido	2	40.0	3	37.5	5	38.5	2	40.0	5	62.5	7	53.8	12	46.2
Sesión en que abandona														
• 1	2	40.0	1	14.3	3	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	12.0
• 2	1	20.0	4	57.1	5	41.7	2	40.0	4	50.0	6	42.6	11	44.0
• 3	0	0.0	1	14.3	1	8.3	1	20.0	1	12.5	2	15.4	3	12.0
• 4	2	40.0	0	0.0	2	16.7	1	20.0	2	25.0	3	23.1	5	20.0
• 5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
• 6	0	0.0	1	14.3	1	8.3	0	0.0	1	12.5	1	7.7	2	8.0
• 7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	1	7.7	1	4.0
• 8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Abreviaturas: Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Con objeto de estudiar si existen diferencias significativas en la adherencia al tratamiento entre las diferentes modalidades de intervención y condiciones experimentales asociadas, se ha estudiado la homogeneidad de los grupos en las variables: 1- finalización del tratamiento (abandono/no abandono) y 2- motivo de abandono. Los resultados (ver tabla 7.41) indican que no se han encontrado diferencias entre los grupos en las dos variables estudiadas.

Tabla 7.41: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupos: Adherencia al tratamiento

VARIABLES	X^2 (gl, N)	Sig.*
Finalización de tratamiento (Abandono/ No abandono)	1.827 (3,95)	n.s. (0.61)
Motivo de abandono (Conocido/Desconocido)	1.254 (3,26)	n.s. (0.74)

* Nivel de significación $p < 0.05$

Características de la muestra que abandona el tratamiento vs. muestra que finaliza el tratamiento

Determinar si hay diferencias en las principales características evaluadas en la población que conforma este estudio en relación a la muestra que abandona respecto a la que finaliza el tratamiento es un análisis de interés. Para ello, las tablas 7.42 a 7.44 presentan las características sociodemográficas, de la historia de violencia de pareja y variables psicopatológicas de la muestra de participantes que abandonan el tratamiento respecto a la muestra que finaliza el tratamiento y las tablas 7.45 a 7.46 presentan los resultados derivados del análisis de la homogeneidad en relación a las mismas.

Tabla 7.42: Características sociodemográficas de la muestra que abandona vs. muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES	MUESTRA QUE ABANDONA TRATAMIENTO N= 26	MUESTRA QUE FINALIZA TRATAMIENTO N=65
Edad	34.27 (9.41)	35.98 (9.64)
Estado Civil		
Soltera	19.2%	16.9%
Casada	23.1%	21.5%
Conviviente/ Pareja de hecho	3.8%	10.8%
Trámites separación/ separada/ divorciada	53.8%	50.8%
Nivel Educativo		
Primarios incompletos	26.9%	18.5%
Primarios completos	30.8%	24.6%
Secundarios	30.8%	38.5%
Universitarios	11.5%	18.5%
Clase Social Subjetiva		
Baja	7.7%	12.3%
Media-baja	26.9%	27.7%
Media	61.5%	53.8%
Media-alta	3.8%	4.6%
Alta	0.0%	1.5%
Ocupación Actual		
Sector servicios	30.8%	21.5%
Sector administrativo	7.7%	9.2%
Tareas del hogar	11.5%	15.4%
Desempleada	34.6%	23.1%
Trabajo no cualificado	15.4%	15.4%
Otros (cualificados, estudiantes...)	0.0%	15.4%
Fuente de Derivación		
Plaza Castilla	19.2%	16.9%
Coslada	15.4%	6.2%
Móstoles	11.5%	13.8%
Leganés	15.4%	20.0%
Collado-Villalba	34.6%	38.5%
Piso Acogida Toledo	3.8%	4.6%
Número de Hijos	1.54 (1.17)	1.58 (1.20)
Convive con Agresor	11.5%	13.8%
Dependencia Económica del Agresor	11.5%	26.2%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes

Tabla 7.43: Características de la historia de violencia de pareja de la muestra que abandona vs. muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES	MUESTRA QUE ABANDONA TRATAMIENTO N= 26	MUESTRA QUE FINALIZA TRATAMIENTO N=65
Tipo de Maltrato		
Psicológico	23.1%	15.4%
Físico y psicológico	46.2%	67.7%
Físico, psicológico y sexual	30.7%	16.9%
Duración del Maltrato (En años)	7.01 (7.39)	7.09 (7.76)
En segmentos		
Menos 1 año	11.5%	7.8%
Más 1 año	11.5%	10.9%
2-5 años	34.6%	39.1%
6-10 años	19.2%	18.8%
11-15 años	15.4%	10.9%
15- en adelante	7.7%	12.5%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes

Tabla 7.43: Continuación

VARIABLES	MUESTRA QUE ABANDONA TRATAMIENTO N= 26	MUESTRA QUE FINALIZA TRATAMIENTO N=65
Frecuencia del Maltrato		
A diario	38.5%	33.9%
2/3 veces por semana	26.9%	21.5%
Una vez por semana	3.8%	9.2%
1/2 veces por mes	11.5%	7.7%
Menos de una vez al mes	19.3%	27.7%
Han denunciado el maltrato	73.1%	78.5%
Denuncias interpuestas	2.43 (2.23)	2.91 (3.83)
Denuncias en curso	1.71 (1.55)	1.48 (1.80)
Han abandonado el hogar	84.6%	64.6%
Número veces	2.21 (3.99)	2.31 (2.63)
Han recibido asistencia médica por lesiones	42.3%	58.5%
Número de asistencias	1.11(1.59)	1.76 (2.57)
Han recibido asistencia psicológica/psiquiátrica	38.5%	38.5%
Maltrato de pareja previo	11.5%	16.9%
Maltrato previo en familia de origen	15.4%	30.8%
Maltrato a los hijos	65.4%	63.1%
Tipo de maltrato		
Presenciado	42.3%	44.6%
Psicológico	5.9%	6.2%
Físico	29.4%	12.3%
Apoyo Social	80.8%	76.9%
Apoyo Familiar	76.9%	70.8%
Apoyo Legal/Institucional	69.2%	80.0%

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes

Tabla 7.44: Media y desviación típica de las puntuaciones obtenidas en las variables psicopatológicas de la muestra que abandona vs. muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES	MUESTRA QUE ABANDONA TRATAMIENTO N= 26	MUESTRA QUE FINALIZA TRATAMIENTO N=65
Escala Global de TEPT	32.88 (7.37)	30.68 (6.86)
Subescala: Rexperimentación	9.54 (3.11)	9.49 (2.86)
Subescala: Evitación	12.73 (3.78)	11.17 (3.42)
Subescala: Aumento de activación	10.54 (2.98)	10.02 (3.04)
Diagnóstico otro trastorno de ansiedad	34.6%	40.0%
BDI	29.88 (9.98)	25.00 (8.50)
Antecedentes de suicidio	50.0%	50.8%
Abuso de alcohol	3.8%	4.6%
Abuso de tóxicos	7.7%	1.5%
Escala de Autoestima	25.35 (4.04)	25.00 (4.30)
Escala de Inadaptación	24.92 (3.85)	20.83 (5.85)
Trabajo	4.16 (1.21)	3.28 (1.28)
Vida social	3.96 (1.27)	3.05 (1.44)
Tiempo libre	4.04 (1.27)	3.75 (1.33)
Relación de pareja	4.56 (1.00)	3.94 (1.36)
Vida familiar	3.56 (1.50)	2.85 (1.80)
Global	4.64 (0.64)	3.92 (1.24)
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	13.21 (3.28)	12.45 (2.58)
Cogniciones negativas acerca de sí mismo	4.35 (1.35)	3.73 (1.08)
Cogniciones negativas acerca del mundo	5.18 (1.08)	5.04 (1.25)
Autopunición	3.69 (1.74)	3.67 (1.39)

*Según las variables se incluyen puntuaciones medias (desviaciones típicas) o porcentajes

El análisis de equivalencia entre la muestra que abandona el tratamiento y la que lo finaliza indica que no existen diferencias significativas en la mayoría de las variables estudiadas (tablas 7.45 y 7.46), a excepción de algunas de las variables dependientes: depresión, subescala de inadaptación de relación de pareja, global y sumatoria total de la Escala de Inadaptación y subescala de cogniciones postraumáticas sobre sí mismo.

Tabla 7.45: Prueba Chi-cuadrado (χ^2): Análisis de equivalencia de la muestra que abandona vs. muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES	χ^2 (gl, N)	Sig.*
Estado Civil	1.12 (3,91)	n.s. (0.77)
Nivel Educativo	1.75 (3,91)	n.s. (0.63)
Clase Social Subjetiva	0.98 (4,91)	n.s. (0.91)
Situación respecto al Agresor (convivencia)	0.00 (1,91)	n.s. (1.00)
Tipo de Violencia	6.45 (5,91)	n.s. (0.26)
Duración de la Violencia (segmentos)	1.08 (5,91)	n.s. (0.96)
Frecuencia de la Violencia	7.71 (6,91)	n.s. (0.26)
Proceso Legal en Curso	0.30 (1,91)	n.s. (0.58)
Abandono de Hogar	3.56 (1,91)	n.s. (0.06)
Asistencia Médica	1.95 (1,91)	n.s. (0.16)
Red de Apoyo Social	0.16 (1,91)	n.s. (0.68)
Red de Apoyo Familiar	0.35 (1,91)	n.s. (0.55)
Red de Apoyo Legal	1.21 (1,91)	n.s. (0.27)
Asistencia Previa por Violencia (psicológica y/o psiquiátrica)	0.00 (1,91)	n.s. (1.00)
Experiencia de Maltrato Previo	0.10 (1,91)	n.s. (0.75)
Maltrato en Familia de Origen	2.26 (1,91)	n.s. (0.13)
Abuso de alcohol	0.02 (1,91)	n.s. (1.00)
Abuso de drogas	2.21 (1,91)	n.s. (0.19)
Antecedentes de Suicidio	0.00 (1,91)	n.s. (0.95)
Otros Diagnósticos de Ansiedad	0.23 (1,91)	n.s. (0.63)

* Nivel de significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

Tabla 7.46: Prueba t de Student: Análisis de equivalencia de la muestra que abandona vs. muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES	t (gl)	Sig.*
Edad	0.77 (89)	n.s. (0.44)
Duración de la violencia (en años)	0.05 (89)	n.s. (0.96)
Escala TEPT (Puntuación total)	- 1.36 (89)	n.s. (0.18)
Reexperimentación	- 0.07 (89)	n.s. (0.95)
Evitación	- 1.91 (89)	n.s. (0.06)
Aumento de Activación	- 0.75 (89)	n.s. (0.46)
BDI	- 2.35 (89)	*0.02
Escala de Autoestima	- 0.35 (89)	n.s. (0.72)
Escala de Inadaptación (Puntuación total)	- 3.29 (89)	*** 0.001
Inadaptación trabajo/estudios	1.76 (89)	n.s. (0.08)
Inadaptación vida social	- 2.78 (89)	n.s. (0.07)
Inadaptación tiempo libre	- 0.92 (89)	n.s. (0.36)
Inadaptación relación de pareja	- 2.37 (89) ^†	*0.02
Inadaptación vida familiar	- 1.76 (89)	n.s. (0.08)
Inadaptación global	- 3.59 (92) ^†	*** 0.001
Inventario Cogniciones Postraumáticas (Puntuación total)	- 1.17 (89)	n.s. (0.24)
Acerca de sí mismo	- 2.28 (89)	* 0.02
Acerca del mundo	- 0.51 (89)	n.s. (0.62)
Autopunición	- 0.51 (89)	n.s. (0.96)

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

^ Grados de libertad corregidos

† No se cumple el supuesto de homocedasticidad

Las diferencias en las variables cuantitativas se observan en la puntuación total de depresión (BDI) [$t(89)=-2.35$, $p=0.02$], subescala de inadaptación de relación de pareja [$t(89)=-2.37$, $p=0.02$], global [$t(89)=-3.59$, $p=0.001$] y sumatoria total de la Escala de Inadaptación [$t(89)=-3.29$, $p=0.001$] y subescala de cogniciones postraumáticas sobre sí mismo [$t(89)=-2.28$, $p=0.02$], con puntuaciones medias superiores en la muestra que abandona en todas las variables que han resultado significativas (ver tabla 7.44).

7.2.1.2. Asistencia a sesiones

En relación a la asistencia a las sesiones un elevado porcentaje (72.3%) de la muestra total tratada asiste al programa de tratamiento completo, el 21.5% asiste al 88% de las sesiones y tan solo un 4.6% y 1.5% asisten al 75 y 55% de las sesiones respectivamente. Resultados similares se obtienen en las diferenciaciones por formato de intervención y/o condición experimental asignada, tal y como se puede observar en la tabla 7.47.

Tabla 7.47: Frecuencia de la asistencia a sesiones de la muestra total de tratamiento según formato de intervención y condición experimental asignada

Asistencia a sesiones (Clasificado)	Formato de Intervención												Muestra Total	
	Individual						Grupal						Tratamiento	
	Ice		Iec		Total		Ice		Iec		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
• 100% (8 sesiones)	12	70.6	10	66.7	22	68.8	12	66.7	13	86.7	25	75.8	47	72.3
• 88% (7 sesiones)	4	23.5	5	33.3	9	28.1	4	22.2	1	6.7	5	15.2	14	21.5
• 75% (6 sesiones)	1	5.9	0	0.0	1	3.1	2	11.1	0	0.0	2	6.1	3	4.6
• 55% (4-5 sesiones)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.7	1	3.0	1	1.5

Abreviaturas: Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

El estudio de diferencias significativas en la asistencia a las sesiones de tratamiento entre los diferentes formatos de intervención y condiciones experimentales asociadas, a través de la homogeneidad, indica que no se han encontrado diferencias entre los grupos en la variable estudiada (ver tabla 7.48).

Tabla 7.48: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupos: Asistencia a sesiones

VARIABLES	X^2 (gl, N)	Sig.*
Asistencia a sesiones (clasificado)	9.55 (9,65)	n.s. (0.39)

* Nivel de significación $p < 0.05$

7.2.1.3. Cumplimiento de tareas

De la totalidad de las participantes que han finalizado el tratamiento el 40% cumple la totalidad las tareas asignadas durante el mismo, distribuyéndose el 60% en el resto de la clasificación con mayores frecuencias en cumplimientos elevados (16.9% cumplen tanto 90-99% así como 75-89%). Se observa, sin embargo, que los resultados difieren

si tenemos en cuenta el formato de tratamiento y/o condición experimental asignada, tal y como se puede observar en la tabla 7.49. Así, en relación a los dos formatos de tratamiento, el 81.2% de la muestra de tratamiento individual ha completado entre un 90-100% de las tareas asignadas, mientras que el formato grupal lo hace en un 33.4%. Estas diferencias no son tan importantes si tenemos en cuenta la condición experimental (grupo de tratamiento según orden de aplicación de las técnicas) a la que las participantes han sido asignadas.

Tabla 7.49: Cumplimiento de tareas de la muestra total de tratamiento según formato de intervención y condición experimental asignada

Cumplimiento de tareas (Clasificado)	Formato de Intervención												Muestra Total	
	Individual						Grupal						Tratamiento	
	Ice		Iec		Total		Ice		Iec		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
• 100%	7	41.2	10	66.7	17	53.1	6	33.3	3	20.0	9	27.3	26	40.0
• 90-99%	7	41.2	2	13.3	9	28.1	0	0.0	2	13.3	2	6.1	11	16.9
• 75-89%	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	27.8	6	40.0	11	33.3	11	16.9
• 60-74%	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	16.7	1	6.7	4	12.1	4	6.2
• 50-59%	3	17.6	2	13.3	5	15.6	1	5.6	2	13.3	3	9.1	8	12.3
• Menos del 50%	0	0.0	1	6.7	1	3.1	3	16.7	1	6.7	4	12.1	5	7.7

Abreviaturas: Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

El estudio de diferencias significativas en el cumplimiento de tareas entre los diferentes formatos de intervención y condiciones experimentales asociadas, a través de la homogeneidad, indica que hay diferencias entre los grupos en la variable estudiada (ver tabla 7.50). Para determinar la dirección de las diferencias se realizan pruebas χ^2 dos a dos con los grupos de estudio comparados. Los resultados muestran únicamente diferencias estadísticamente significativas entre los formatos de tratamiento individual y grupal [$\chi^2(5,65)= 24.20$, $p=0.001$]. La dirección de ésta diferencias es de una mayor frecuencia en el cumplimiento de las tareas en el formato individual respecto al grupal.

Tabla 7.50: Prueba Chi-cuadrado (χ^2) intergrupos: Cumplimiento de tareas

VARIABLES	χ^2 (gl, N)	Sig.*
Cumplimiento de tareas (clasificado)	34.47 (15,65)	*0.003
Cumplimiento de tareas 2 a 2		
Ii vs Ig (Muestra total)	24.20 (5,65)	*0.001
GE1 vs GE2 (Ii)	4.39 (3,32)	n.s. (0.221)
GE1 vs GE2 (Ig)	5.19 (5,33)	n.s. (0.393)
GT1 vs GT2 (Muestra total)	1.73 (5,65)	n.s. (0.884)

* Nivel de significación $p < 0.05$ Abreviaturas: Ii= Tratamiento individual /Ig=Tratamiento grupal/GE=Grupo

Experimental/GT= Grupo experimental de la muestra total de tratamiento

7.2.1.4. Evaluación que las participantes hacen del tratamiento

Para llevar a cabo esta evaluación se aplicó, a partir de la segunda sesión y al final de cada una de ellas, la Escala de Cambio Percibido diseñada de manera ad-hoc para la

investigación previa realizada por Rincón (2003). Esta escala consta de 7 ítems, en formato tipo Likert, y evalúa el malestar emocional experimentado por las participantes en la sesión y entre las sesiones, los síntomas característicos del TEPT, el grado de bienestar general y la valoración subjetiva que las participantes hacen de las técnicas y contenidos revisados en sesión.

El análisis factorial (de componentes principales con rotación oblícua) hace emerger dos factores, uno que agrupa el cambio percibido por las participantes en cuanto al malestar emocional en sesión, síntomas de TEPT y grado de bienestar general, esto es, los ítems de 2 al 6, y otro (ítem 7) en el que parece saturar mejor la evaluación de la utilidad de la sesión. No obstante, el ítem 1 de la escala, que evalúa el malestar emocional diario, no parece claramente distinguible en ninguno de los dos componentes. A pesar de ello, se agrupan los 6 primeros ítems de la escala en un solo indicador, debido a que al realizar el análisis factorial con ellos como un solo factor explicaba el 61.24% de la varianza, al parecer esos 6 ítems representan la percepción global del cambio, independiente de que las preguntas apunten a distintas áreas y en distintos marcos temporales. Asimismo, la fiabilidad de la escala medida a través del alfa de Cronbach, al considerar estos 6 ítems, es satisfactoria (0.87).

De este modo, se presentan los resultados de la evaluación que hacen las participantes en dos aspectos: 1- Cambio percibido sesión a sesión y 2- Evaluación de la utilidad de la sesión. Ambos aspectos representan la forma en que las participantes evalúan el tratamiento.

Respecto al cambio percibido (cuyos valores pueden fluctuar entre 6 y 42 puntos) se puede observar en la tabla 7.51 que las puntuaciones medias más bajas se encuentran en la segunda sesión (26.05 en la muestra total de tratamiento), apreciándose un incremento paulatino de las puntuaciones a lo largo de las sesiones, alcanzando valores promedio (33.02 en la muestra total de tratamiento) que indican que al finalizar el tratamiento las participantes aseguran que el malestar emocional y los síntomas del TEPT son menores o bastante menores y que se sienten mejor o bastante mejor. Si consideramos la modalidad de tratamiento los resultados son bastante similares, destacando sin embargo puntuaciones medias más elevadas en la condición experimental 2 (Iec) de formato individual que alcanza un valor de 38.50 en la sesión 8 e indicaría que el malestar emocional y los síntomas del TEPT son bastante o mucho menores y se sienten bastante o mucho mejor.

Tabla 7.51: Cambio percibido por las participantes sesión a sesión (Media y Desviación típica) según formato de intervención y condición experimental asignada

Ses	Formato de Intervención												Muestra Total	
	Individual						Grupal						Tratamiento	
	Ice Media	DT	Iec Media	DT	Total Media	DT	Ice Media	DT	Iec Media	DT	Total Media	DT	Media	DT
2	27.21	2.81	26.42	4.27	26.85	3.51	27.33	5.50	23.13	4.91	25.42	5.58	26.05	4.79
3	28.15	6.03	30.10	6.54	29.00	6.19	30.06	5.58	27.60	2.85	28.87	4.57	28.93	5.27
4	28.00	7.66	29.63	3.96	28.65	6.36	29.88	6.56	28.71	3.50	29.33	5.30	29.06	5.69
5	31.88	5.67	33.43	7.76	32.60	6.52	31.28	5.28	30.93	3.52	31.13	4.53	31.60	5.22
6	31.08	6.42	34.50	5.36	32.22	6.15	29.00	5.69	32.07	3.43	30.39	4.98	31.06	5.45
7	29.00	7.19	36.22	5.26	33.06	7.01	30.87	6.24	31.33	3.90	31.10	5.12	31.78	5.85
8	33.00	7.27	38.50	3.38	35.75	6.17	31.50	7.80	31.93	4.94	31.70	6.56	33.02	6.65

Abreviaturas: Ses=sesiones / Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Respecto a la evaluación que las participantes hacen de la utilidad de las sesiones, medida a través del ítem 7 de la Escala de Cambio Percibido (Creo que lo practicado en ésta sesión me ayudará a sentirme: 1-mucho peor, 2-bastante peor, 3-peor, 4-igual, 5-mejor, 6-bastante mejor y 7-mucho mejor) se puede observar en la tabla 7.52 que en todas las sesiones las participantes consideran que lo practicado en la sesión las ayudará a sentirse mejor o bastante mejor. Se observan, no obstante, algunas diferencias entre las sesiones obteniéndose los valores más bajos en la utilidad de lo revisado en la primera sesión en que se aplica el componente de exposición (independientemente de la condición asignada según el orden de aplicación de las técnicas) y el valor más alto para la sesión en que se trabaja la segunda fase del entrenamiento en solución de problemas y en el caso de la condición experimental 1 (Ice) de formato individual también un valor elevado para la sesión en que se inicia la terapia cognitiva.

Tabla 7.52: Evaluación que las participantes hacen de la utilidad de las sesiones (Media y Desviación típica) según formato de intervención y condición experimental asignada

Ses	Formato de Intervención												Muestra Total	
	Individual						Grupal						Tratamiento	
	Ice Media	DT	Iec Media	DT	Total Media	DT	Ice Media	DT	Iec Media	DT	Total Media	DT	Media	DT
2	5.50	0.94	5.75	0.84	5.46	1.03	5.94	0.73	5.20	0.86	5.61	0.86	5.54	0.93
3	5.69	0.95	5.90	0.90	5.52	1.20	6.06	0.85	5.33	0.82	5.71	0.90	5.63	1.03
4	5.83	0.94	6.00	0.90	5.70	0.86	6.13	0.89	5.36	0.50	5.77	0.82	5.74	0.83
5	6.25	0.71	6.38	0.70	5.93	0.96	6.44	0.71	5.50	0.76	6.03	0.86	6.00	0.88
6	5.58	1.08	5.69	1.14	5.72	1.02	5.76	1.20	5.79	0.80	5.77	1.02	5.76	1.01
7	5.71	0.75	5.91	1.02	5.88	0.88	6.00	1.13	5.87	0.92	5.93	1.01	5.91	0.96
8	6.25	0.71	6.08	1.02	6.38	0.62	6.00	1.14	6.07	0.80	6.03	0.98	6.14	0.89

Abreviaturas: Ses=sesiones / Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

7.2.2. Resultados de la eficacia de la intervención

7.2.2.1. Trastorno de estrés postraumático: Cambios pretratamiento-postratamiento-seguimientos

7.2.2.1.1. Comparación grupo de tratamiento vs. grupo de no tratamiento

El análisis de covarianza de medidas repetidas (ANCOVA) revela efectos significativos en el estudio de las diferencias entre los dos grupos estudiados (tratamiento vs. no tratamiento) para la variable dependiente TEPT (ver tabla 7.53). Así, específicamente, los resultados para la muestra que finaliza el tratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,74)=48.582$, $p=0.001$] y del tipo de grupo [$F(1,74)=50.144$, $p=0.001$] en la puntuación total del TEPT, matizado por el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,74)=54.013$, $p=0.001$]. En relación a las subescalas, en reexperimentación los resultados revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,74)=15.458$, $p=0.001$], del tipo de grupo [$F(1,74)=28.292$, $p=0.001$] y del efecto de interacción entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,74)=42.229$, $p=0.001$]. En evitación, los resultados revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,74)=32.992$, $p=0.001$], tipo de grupo [$F(1,74)=28.957$, $p=0.001$] e interacción entre ambos [$F(1,74)=34.311$, $p=0.001$]. En la subescala de aumento de activación, los resultados revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,74)=37.241$, $p=0.001$], tipo de grupo [$F(1,74)=26.351$, $p=0.001$], e interacción entre ambos [$F(1,74)=28.019$, $p=0.001$].

Tabla 7.53: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT pre y postratamiento para el grupo de tratamiento (N=95) vs. grupo de no tratamiento (N=21). Muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Escala Global			
Inter-grupo (tipo de grupo: I-0)	$F(1,74) = 50.144$	*** 0.001	1.000
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F(1,74) = 48.582$	*** 0.001	1.000
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,74) = 54.013$	*** 0.001	1.000
Subescala: Reexperimentación			
Inter-grupo (tipo de grupo: I-0)	$F(1,74) = 28.292$	*** 0.001	0.999
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F(1,74) = 15.458$	*** 0.001	0.972
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,74) = 42.229$	*** 0.001	1.000
Subescala: Evitación			
Inter-grupo (tipo de grupo: I-0)	$F(1,74) = 28.957$	*** 0.001	1.000
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F(1,74) = 32.992$	*** 0.001	1.000
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,74) = 34.311$	*** 0.001	1.000
Subescala: Aumento activación			
Inter-grupo (tipo de grupo: I-0)	$F(1,74) = 26.351$	*** 0.001	0.999
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F(1,74) = 37.241$	*** 0.001	1.000
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,74) = 28.019$	*** 0.001	0.999

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo

Abreviaturas: I=Grupo de tratamiento / 0=Grupo de no tratamiento/ pre=pretratamiento/ post=postratamiento

Las figuras 7.2 a 7.5 representan gráficamente el efecto de interacción tipo de grupo*tiempo en las puntuaciones de la escala total del TEPT y subescalas de reexperimentación, evitación y aumento de activación.

Figura 7.2. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Puntuación Escala total TEPT: medias y desviaciones típicas

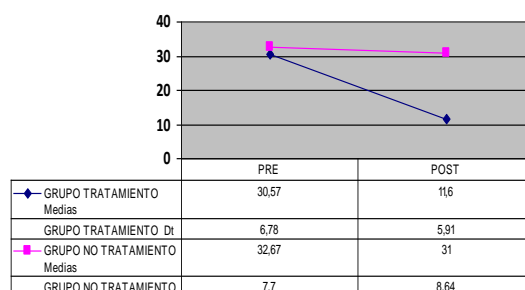


Figura 7.3. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Subescala Reexperimentación: medias y desviaciones típicas

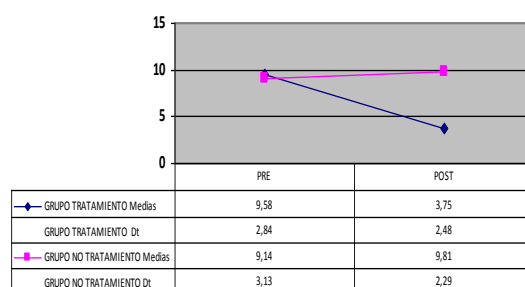


Figura 7.4. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Subescala evitación: medias y desviaciones típicas

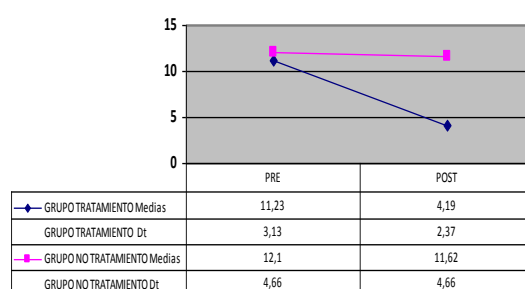
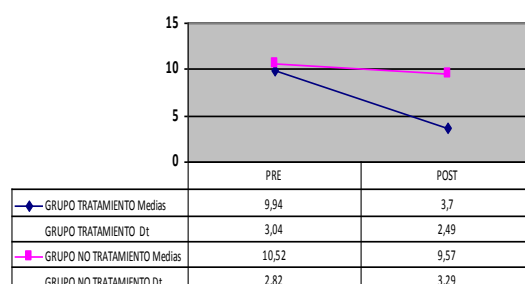


Figura 7.5. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Subescala Aumento Activación: medias y desviaciones típicas



Tal y como se esperaba, este efecto de interacción producido en la puntuación total y subescalas de la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT indica que las personas que recibieron tratamiento disminuyeron los niveles de la sintomatología del cuadro al finalizar el tratamiento, mientras que las participantes que no recibieron tratamiento no muestran cambios en la sintomatología del TEPT a lo largo del periodo de tiempo espera para iniciar la intervención.

Este resultado queda justificado estadísticamente por las pruebas t de medidas repetidas que indican en el grupo de tratamiento una disminución estadísticamente significativa en la puntuación total de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT [$t(64)=16.96$, $p=0.001$] y también en las subescalas de reexperimentación [$t(64)=12.05$, $p=0.001$], evitación [$t(64)=14.31$, $p=0.001$] y aumento de activación [$t(64)=13.77$, $p=0.001$]. El grupo no tratado, sin embargo, no muestra cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones totales de TEPT desde la fase pretratamiento a la fase postratamiento [$t(20)=0.99$, n.s.] y tampoco en las subescalas de reexperimentación [$t(20)=-0.95$, n.s.], evitación [$t(20)=0.42$, n.s.] y aumento de activación [$t(20)=1.37$, n.s.]. Se observa a su vez como la prueba t para medidas independientes muestra resultados significativos en todas las medidas que indican diferencias entre los grupos. La tabla 7.54 resume estos resultados.

Tabla 7.54: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post de los grupos tratamiento y no tratamiento en las medidas del TEPT y Subescalas. Muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES		t medidas repetidas (gl)	Sig.*	t medidas independientes (gl)	Sig.*
Escala Global	I	16.963 (64)	*** 0.001	11.083 (72)	*** 0.001
	O	0.992 (20)	n.s. (0.33)		
Subescala: Reexperimentación	I	12.058 (64)	*** 0.001	9.664 (72)	*** 0.001
	O	- 0.955 (20)	n.s. (0.35)		
Subescala: Evitación	I	14.318 (64)	*** 0.001	9.056 (72)	*** 0.001
	O	0.427 (20)	n.s. (0.67)		
Subescala: Aumento activación	I	13.778 (64)	*** 0.001	8.315 (72)	*** 0.001
	O	1.370 (20)	n.s. (0.18)		

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo. Abreviaturas: I=Grupo de tratamiento / O=Grupo de no tratamiento

Los resultados t de medidas repetidas en los seguimientos para el grupo de tratamiento van en la misma dirección que los alcanzados en el postratamiento, así, podemos observar una disminución estadísticamente significativa en la puntuación total de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT en el seguimiento al mes [$t(59)=16.51$, $p=0.001$], a los tres meses [$t(54)=16.04$, $p=0.001$], seis meses [$t(58)=15.43$, $p=0.001$] y al año [$t(50)=14.51$, $p=0.001$]. En las subescalas de

reexperimentación, evitación y aumento de activación se produce el mismo efecto, tal y como se puede apreciar en la tabla 7.55.

Tabla 7.55: Prueba t de Student de medidas repetidas: Análisis pre-seguimientos del grupo que finaliza el tratamiento: Escala Global y Subescalas de reexperimentación, evitación y aumento de activación. Muestra que finaliza seguimientos

VARIABLES		<i>t</i> (gl)	Sig*
Escala Global	Pre-Seguimiento: 1 mes	16.512 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	13.407 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	13.244 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	13.279 (50)	*** 0.001
Subescala: Reexperimentación	Pre-Seguimiento: 1 mes	16.036 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	13.702 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	13.304 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	10.839 (50)	*** 0.001
Subescala: Evitación	Pre-Seguimiento: 1 mes	15.429 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	14.078 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	14.089 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	11.455 (50)	*** 0.001
Subescala: Aumento activación	Pre-Seguimiento: 1 mes	14.511 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	13.767 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	11.744 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	11.437 (50)	*** 0.001

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo

Por otro lado, la potencia de la investigación, entendida como el grado de probabilidad para detectar estadísticamente diferencias entre los promedios de los grupos estudiados (ver tabla ANCOVA 7.53) es alta tanto para las comparaciones intra-sujeto (1.000) como para las comparaciones inter-grupo (valores entre 0.999-1.000). Se puede afirmar por tanto, que esta investigación encuentra diferencias significativas entre los grupos estudiados, esto es, que las diferencias tienen una potencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Tamaño del Efecto

El estudio del tamaño del efecto del tratamiento a través de la *d* de Cohen indica la magnitud del cambio terapéutico. Así, en el grupo que finaliza el tratamiento podemos considerar que el tamaño del efecto intra-grupo (medidas pre-post) en la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT es alto en la escala global (3.05) y subescalas (1.80 reexperimentación, 2.43 evitación y 2.73 aumento de activación). Sin embargo, este efecto es bajo en el grupo de no tratamiento tanto en la escala global (0.20), como en las subescalas (0.24 en reexperimentación, 0.10 evitación y 0.31 hiperactivación). El tamaño del efecto inter-grupo es alto nuevamente tanto para la escala global como para las subescalas con puntuaciones por encima de 2 puntos en todos los casos.

Con tamaños del efecto altos (todos por encima de 0.80) tanto para las medidas intra-grupo del grupo de tratamiento como para las comparaciones inter-grupo, podemos considerar que la magnitud del efecto del tratamiento es grande, esto es, el tratamiento resulta eficaz para la remisión del TEPT y además, la magnitud del efecto de la intervención es mayor en el grupo que recibe tratamiento indicando la superioridad del mismo (ver tabla 7.56).

Tabla 7.56: Medias, desviaciones típicas y tamaño del efecto (d de Cohen) para los grupos de tratamiento y no tratamiento. Muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES Medida	GRUPO	PRE Media (Desviación Típica)	POST Media (Desviación Típica)	TAMAÑO DEL EFECTO (d)*	
				Intra-grupo	Inter-grupo I vs. 0
Escala Global	I	31.45 (7.06)	11.60 (5.91)	3.05	2.91
	0	32.67 (7.71)	31.00 (8.64)	0.20	
Subescala: Reexperimentación	I	8.58 (2.90)	3.75 (2.48)	1.80	2.49
	0	9.14 (3.13)	9.81 (2.29)	0.24	
Subescala: Evitación	I	11.62 (3.61)	4.19 (2.37)	2.43	2.42
	0	12.10 (4.66)	11.62 (4.66)	0.10	
Subescala: Aumento activación	I	10.23 (2.99)	3.70 (2.49)	2.73	2.17
	0	10.52 (2.82)	9.57 (3.29)	0.31	

* Todos los valores del tamaño del efecto (intra-grupo e inter-grupo) se muestran en valores absolutos.
Abreviaturas: I=Grupo de tratamiento / 0=Grupo de no tratamiento

Los resultados de la magnitud del tamaño del efecto intra-sujeto en el grupo que finaliza el tratamiento y seguimientos es alta para todos los momentos de evaluación y en cada medida tal y como puede observarse en la tabla 7.57.

Tabla 7.57: Medias, desviaciones típicas y tamaño del efecto (d de Cohen) del grupo de tratamiento en los seguimientos. Muestra que finaliza seguimientos

VARIABLES Medida	MOMENTO de Evaluación	N	Media (Desviación Típica)	Media (Desviación Típica)	TAMAÑO DEL EFECTO (d)* Intra-grupo
Escala Global	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	30.63 (6.92)	10.98 (7.52)	2.63
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	30.65 (7.20)	11.15 (8.07)	2.55
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	30.73 (7.06)	9.20 (8.81)	2.70
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	30.57 (7.32)	8.31 (8.12)	2.88
Subescala: Reexperimentación	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	9.43 (2.78)	3.42 (2.87)	2.13
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	9.65 (2.91)	3.64 (2.89)	2.07
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	9.58 (2.93)	2.78 (2.92)	2.32
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	9.37 (2.84)	2.49 (2.53)	2.59
Subescala: Evitación	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	11.28 (3.52)	3.95 (3.37)	2.13
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	10.95 (3.37)	3.53 (3.22)	2.25
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	11.29 (3.53)	3.32 (3.52)	2.23
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	11.20 (3.53)	3.00 (3.52)	2.33
Subescala: Aumento activación	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	9.92 (2.97)	3.60 (2.66)	2.24
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	9.87 (3.01)	3.98 (3.27)	1.87
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	9.86 (3.05)	3.10 (3.36)	2.10
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	9.80 (3.17)	2.76 (3.06)	2.26

* Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos

Significación Clínica

La significación clínica para el TEPT ha sido estudiada en términos de presencia-ausencia de diagnóstico al postratamiento, teniendo en cuenta que el 100% de la muestra presenta diagnóstico TEPT en el pretratamiento. Para ello, se han considerado tanto a las participantes que finalizan el tratamiento (N=65) como a la muestra total que inicia el tratamiento, incluyendo los abandonos (N=95). Los resultados al postratamiento y seguimientos pueden observarse en la tabla 7.58 y figuras 7.6 y 7.7.

Tabla 7.58: Distribución de la muestra (tratamiento/no tratamiento) según diagnóstico de TEPT al postratamiento y seguimientos. Comparación de la muestra que inicia el tratamiento con la muestra que finaliza el tratamiento

EVALUACIÓN	TIPO DE MUESTRA	PRESENCIA TEPT, N (%)	AUSENCIA TEPT, N (%)	DIAGNÓSTICO DESCONOCIDO, N (%)
Postratamiento	FTT	4 (6.2)	61 (93.8)	
	ITT	4 (4.2)	61 (64.2)	30 (31.6)
Seguimiento: 1 mes	FTT	4 (6.7)	56 (93.3)	
	ITT	4 (4.2)	56 (58.9)	35 (36.8)
Seguimiento: 3 meses	FTT	5 (9.1)	50 (90.9)	
	ITT	5 (5.3)	50 (52.6)	40 (42.1)
Seguimiento: 6 meses	FTT	5 (8.5)	54 (91.5)	
	ITT	5 (5.3)	54 (56.8)	36 (37.9)
Seguimiento: 12 meses	FTT	5 (9.6)	47 (90.4)	
	ITT	5 (5.3)	47 (49.5)	43 (45.3)

Abreviaturas: FTT=Finaliza Tratamiento / ITT=Inicia Tratamiento

Figura 7.6. Diagnóstico TEPT: Muestra total de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

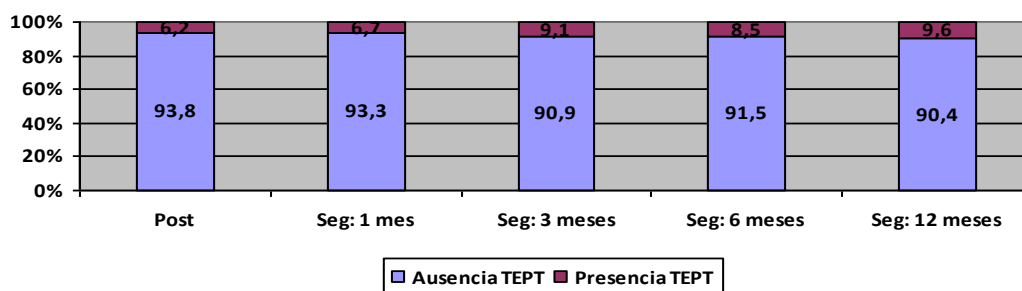
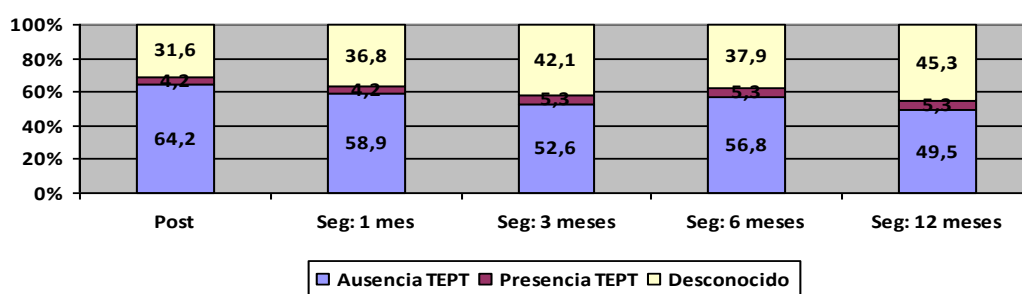


Figura 7.7. Diagnóstico TEPT: Muestra total de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento



En términos de significación clínica, de las 65 participantes que finalizan el tratamiento, al postratamiento el 93.8% mejoran de forma significativa y se recuperan desde el punto de vista clínico (ya que no presentan diagnóstico TEPT). Estos resultados se mantienen en los seguimientos, con valores por encima del 90% en cada uno de ellos. Si consideramos la muestra total que inicia tratamiento al postratamiento el 64.2% deja de cumplir criterios diagnósticos para el TEPT y en los seguimientos se observan frecuencias entre 50% y 60%, reduciéndose este porcentaje en el seguimiento al año a un 49.5%. No obstante, es necesario señalar que en el último seguimiento es en el que se ha dado una mayor pérdida de datos, de manera que es probable que no refleje adecuadamente la realidad del resultado.

Así mismo, teniendo en cuenta los criterios establecidos por el DSM-IV respecto al número de síntomas necesarios para el diagnóstico de TEPT (uno o más síntomas de reexperimentación, tres o más síntomas de evitación y al menos dos de hiperactivación), así como los criterios de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1997b) para la consideración de síntoma (puntuaciones de corte establecidos para reexperimentación: 5 puntos, evitación: 6 puntos y aumento de activación: 4 puntos), se lleva a cabo una comparación por grupos sintomáticos. Puede observarse que la ausencia de los síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de activación va en aumento, encontrando los porcentajes más altos (sobre 80%) a los 12 meses de finalizar el tratamiento en los tres grupos de síntomas (tabla 7.59).

Tabla 7.59: Distribución del grupo de tratamiento según sintomatología de reexperimentación, evitación y aumento de activación al postratamiento y seguimientos.
Muestra que finaliza el tratamiento

EVALUACIÓN	SÍNTOMAS	PRESENCIA SÍNTOMA N (%)	AUSENCIA SÍNTOMA N (%)
Pretratamiento	Reexperimentación	94 (98.9)	1 (1.1)
	Evitación	94 (98.9)	1 (1.1)
	Aumento de Activación	93 (97.9)	2 (2.1)
Postratamiento	Reexperimentación	22 (33.8)	43 (66.2)
	Evitación	13 (20.0)	52 (80.0)
	Aumento de Activación	25 (38.5)	40 (61.5)
Seguimiento: 1 mes	Reexperimentación	16 (26.7)	44 (73.3)
	Evitación	13 (21.7)	47 (78.3)
	Aumento de Activación	25 (41.7)	35 (58.3)
Seguimiento: 3 meses	Reexperimentación	14 (25.5)	41 (74.5)
	Evitación	9 (16.4)	46 (83.6)
	Aumento de Activación	21 (38.2)	34 (61.8)
Seguimiento: 6 meses	Reexperimentación	12 (20.3)	47 (79.7)
	Evitación	9 (15.3)	50 (84.7)
	Aumento de Activación	11 (18.6)	48 (81.4)
Seguimiento: 12 meses	Reexperimentación	8 (15.7)	43 (84.3)
	Evitación	7 (13.7)	44 (86.3)
	Aumento de Activación	11 (21.6)	40 (78.4)

Las diferencias clínicas (diagnóstico TEPT) que se aprecian entre los dos grupos (tratamiento-no tratamiento) en la variable dependiente TEPT están justificadas desde el punto de vista estadístico como puede observarse en la tabla 7.60.

Tabla 7.60: Prueba Chi-cuadrado (χ^2) intergrupo (tratamiento-no tratamiento): Diagnóstico TEPT

VARIABLES	χ^2 (gl, N)	Sig.*
Diagnóstico TEPT	61.08 (1,74)	* 0.001
Diagnóstico Subescala Reexperimentación	26.31 (1,74)	* 0.001
Diagnóstico Subescala Evitación	40.67 (1,74)	* 0.001
Diagnóstico Subescala Aumento de Activación	21.13 (1,74)	* 0.001
* Nivel De significación $p < 0.05$		n.s. No significativo

7.2.2.1.2. Comparación formato de tratamiento individual vs. grupal

El análisis de covarianza de medidas repetidas (ANCOVA) revela algunos efectos significativos en el estudio de las diferencias entre los dos grupos (individual vs. grupal) para la variable dependiente TEPT.

Escala total TEPT. Los resultados del ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,65)=15.514$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,65)=1.390$, n.s.], siendo el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,65)=12.942$, $p=0.001$]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento al mes indican un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,60)=16.174$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,60)=1.324$, n.s.], obteniéndose un efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,60)=8.181$, $p=0.006$]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 3 meses se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,55)=14.610$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,55)=2.049$, n.s.], obteniéndose un efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,55)=11.679$, $p=0.001$]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 6 meses revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,59)=15.984$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,59)=0.123$, n.s.], siendo el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,59)=17.117$, $p=0.001$]. Los resultados el pretratamiento y seguimiento a los 12 meses revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,51)=23.809$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,51)=0.327$, n.s.], siendo el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,51)=17.260$, $p=0.001$]. Así mismo, resultó significativo el efecto de la covariable estado civil [$F(1,51)=11.689$, $p=0.001$]. La tabla 7.61 muestra los resultados y la

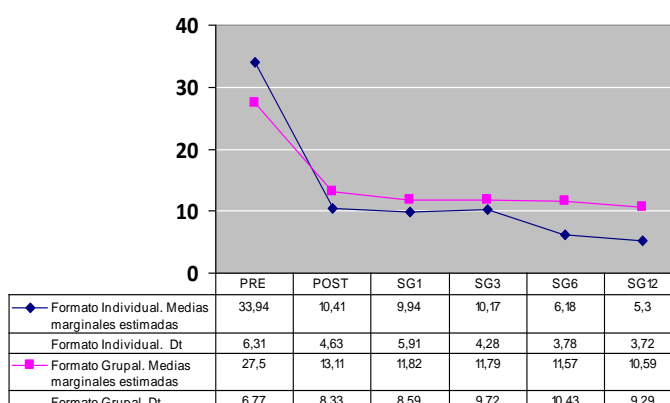
figura 7.8 representa gráficamente la evolución en la puntuación total del TEPT en los diferentes momentos de evaluación respecto a los dos grupos estudiados.

Tabla 7.61: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Escala Total) pre-post-seguimientos para los formatos individual vs. grupal

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 1.390$	n.s. (0.243)	0.213
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 15.514$	*** 0.001	0.972
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 12.942$	*** 0.001	0.943
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 1.324$	n.s. (0.255)	0.204
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 16.174$	*** 0.001	0.977
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 8.181$	** 0.006	0.802
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 2.049$	n.s. (0.159)	0.289
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 14.610$	*** 0.001	0.963
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 11.679$	*** 0.001	0.918
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,58) = 0.123$	n.s. (0.727)	0.064
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,58) = 15.984$	*** 0.001	0.975
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,58) = 17.117$	*** 0.001	0.982
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.327$	n.s. (0.570)	0.087
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 23.809$	*** 0.001	0.998
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 17.260$	*** 0.001	0.982

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Figura 7.8. Evolución en la puntuación Escala total TEPT pre-post-seguimientos en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas



Subescala Reexperimentación (ver tabla 7.62 y figura 7.9). Los resultados ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,65)=7.363$, $p=0.009$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,65)=0.058$, n.s.], siendo el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,65)=17.988$, $p=0.001$]. Entre el pretratamiento y seguimiento a 1 mes hay un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,60)=6.090$, $p=0.017$] y efecto no significativo tanto del tipo de grupo [$F(1,60)=1.167$, n.s.] como de la interacción grupo*tiempo [$F(1,60)=3.616$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 3 meses se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,55)=6.847$, $p=0.012$] y

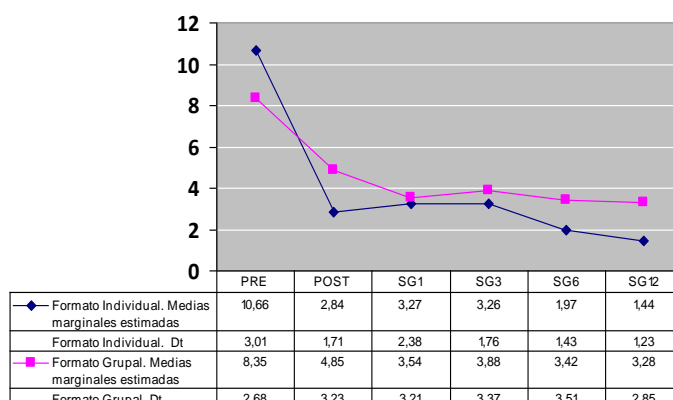
efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,55)=1.449$, n.s.], obteniéndose un efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,55)=10.217$, $p=0.002$]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 6 meses revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,59)=9.964$, $p=0.003$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,59)=0.475$, n.s.], siendo el efecto de interacción significativo entre los factores grupo*tiempo [$F(1,59)=12.484$, $p=0.001$]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 12 meses se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,51)=11.349$, $p=0.002$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,51)=0.065$, n.s.], siendo el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,51)=12.506$, $p=0.001$]. Así mismo, resultaron significativos los efectos de las covariables nivel educativo [$F(1,65)=4.757$, con $p=0.033$] y frecuencia del maltrato [$F(1,65) = 10.651$, $p=0.002$] al postratamiento.

Tabla 7.62: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Reexperimentación) pre-post-seguimientos para los formatos individual vs. grupal

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.058$	n.s. (0.811)	0.056
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 7.363$	** 0.009	0.761
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 17.988$	*** 0.001	0.986
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 1.167$	n.s. (0.285)	0.186
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 6.090$	* 0.017	0.679
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 3.616$	n.s. (0.063)	0.463
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 1.449$	n.s. (0.234)	0.219
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 6.847$	* 0.012	0.727
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 10.217$	** 0.002	0.880
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,58) = 0.475$	n.s. (0.494)	0.104
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,58) = 9.964$	** 0.003	0.873
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,58) = 12.484$	*** 0.001	0.934
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.065$	n.s. (0.800)	0.057
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 11.349$	** 0.002	0.909
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 12.506$	*** 0.001	0.933

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Figura 7.9. Evolución en la puntuación Subescala Reexperimentación pre-post-seguimientos en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas



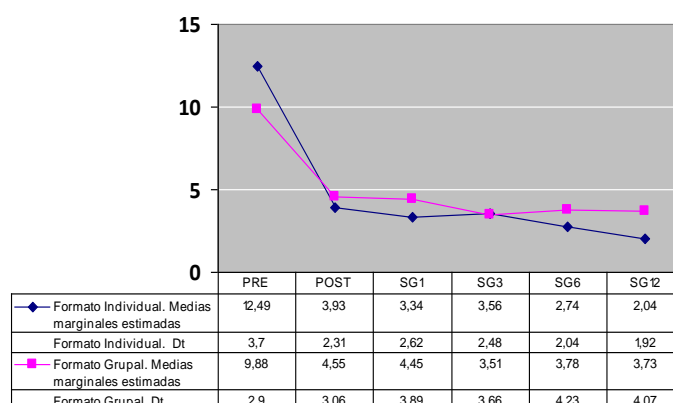
Subescala Evitación (ver tabla 7.63 y figura 7.10). Los resultados ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,65)=14.526$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,65)=1.899$, n.s.], siendo el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,65)=8.314$, $p=0.005$]. Entre el pretratamiento y seguimiento al mes hay un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,55)=13.526$, $p=0.001$] y no significativo del tipo de grupo [$F(1,60)=1.251$, n.s.], obteniéndose un efecto de interacción significativo entre grupo*tiempo [$F(1,60)=11.233$, $p=0.001$]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 3 meses se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,55)=4.837$, $p=0.033$] y efecto no significativo tanto del tipo de grupo [$F(1,55)=1.564$, n.s.] como de la interacción entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,55)=2.342$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 6 meses revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,59)=13.641$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,59)=1.193$, n.s.], siendo el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,59)=10.177$, $p=0.002$]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 12 meses se revela un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,51)=10.604$, $p=0.002$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,51)=0.194$, n.s.], siendo el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,51)=7.771$, $p=0.008$]. Así mismo, resultó significativo el efecto de la covariable nivel educativo [$F(1,65)=4.344$, $p=0.041$] al postratamiento, seguimiento al mes [$F(1,60)=4.875$, $p=0.032$] y seguimiento a los tres meses [$F(1,55)=5.368$, $p=0.025$], y estado civil [$F(1,51)=9.868$, $p=0.003$] en el seguimiento al año.

Tabla 7.63: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Evitación) pre-post-seguimientos para los formatos individual vs. grupal

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 1.899$	n.s. (0.173)	0.273
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 14.526$	*** 0.001	0.963
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 8.314$	** 0.005	0.810
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 1.251$	n.s. (0.268)	0.196
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 13.526$	*** 0.001	0.951
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 11.233$	*** 0.001	0.908
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 1.564$	n.s. (0.217)	0.232
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 4.837$	* 0.033	0.578
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 2.342$	n.s. (0.132)	0.323
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,58) = 1.193$	n.s. (0.280)	0.189
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,58) = 13.641$	*** 0.001	0.952
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,58) = 10.177$	** 0.002	0.879
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.194$	n.s. (0.661)	0.072
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 10.604$	** 0.002	0.890
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 7.771$	** 0.008	0.779

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Figura 7.10. Evolución en la puntuación Subescala Evitación pre-post-seguimientos en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

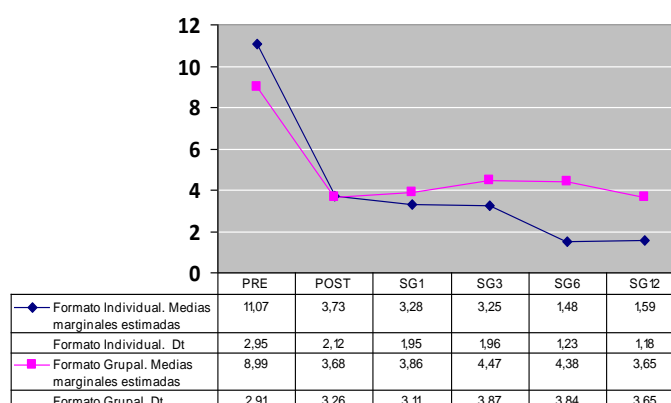


Subescala Aumento de Activación (ver tabla 7.64 y figura 7.11). Los resultados ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,65)=5.942$, $p=0.018$] y efecto no significativo tanto en el tipo de grupo [$F(1,65)=2.942$, n.s.] como en la interacción entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,65)=3.374$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento al mes indican un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,55)=8.694$, $p=0.005$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,55)=814$, n.s.], obteniéndose un efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,55)=4.257$, $p=0.044$]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 3 meses se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,55)=10.835$, $p=0.002$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,55)=0.749$, n.s.], obteniéndose un efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,55)=9.387$, $p=0.004$]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 6 meses revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,59)=6.614$, $p=0.013$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,59)=0.488$, n.s.], siendo el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,59)=14.526$, $p=0.004$]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 12 meses se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,51)=15.855$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,51)=0.076$, n.s.], siendo el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,51)=11.403$, $p=0.002$]. Así mismo, resultó significativo el efecto de la covariable estado civil [$F(1,51)=9.000$, $p=0.004$] en el seguimiento al año.

Tabla 7.64: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Aumento de Activación) pre-post-seguimientos para los formatos individual vs. grupal

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,65)} = 2.492$	n.s. (0.120)	0.342
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,65)} = 5.942$	* 0.018	0.669
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,65)} = 3.374$	n.s. (0.071)	0.439
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,60)} = 0.814$	n.s. (0.371)	0.144
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,60)} = 8.694$	** 0.005	0.825
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,60)} = 4.257$	* 0.044	0.527
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,55)} = 0.749$	n.s. (0.391)	0.136
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,55)} = 10.835$	** 0.002	0.897
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,55)} = 9.387$	** 0.004	0.852
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,58)} = 0.488$	n.s. (0.488)	0.105
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,58)} = 6.614$	* 0.013	0.714
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,58)} = 14.526$	** 0.004	0.963
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,51)} = 0.076$	n.s. (0.784)	0.058
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,51)} = 15.855$	*** 0.001	0.974
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,51)} = 11.403$	** 0.002	0.911

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Figura 7.11. Evolución en la puntuación Subescala Aumento de Activación pre-post-seguimientos en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

Ambos formatos de tratamiento, individual como grupal, consiguen una marcada reducción de la sintomatología del TEPT, tanto en la puntuación total de la variable dependiente como en cada una de las subescalas y en cada momento de evaluación, esto es, al postratamiento y seguimientos (véase los análisis de la t para muestras relacionadas para la variación de las puntuaciones en los diferentes momentos de evaluación en la tabla 7.65). Se observa a su vez como la prueba t para medidas independientes muestra resultados significativos algunas de las medidas, que indican diferencias entre los grupos.

Tabla 7.65: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post-seguimientos para los formatos individual vs. grupal en la Escala Global de TEPT y Subescalas

VARIABLES	t medidas repetidas (gl)				t medidas independientes (gl)	
	Formato Individual		Formato grupal			
	t (gl)	Sig.*	t (gl)	Sig.*	t (gl)	Sig.*
Escala Global TEPT						
Pre-Post	15.047 (31)	*** 0.001	10.593 (32)	*** 0.001	1.260 (50) ^†	n.s. (0.214)
Pre-Seg: 1 mes	14.035 (26)	*** 0.001	11.069 (32)	*** 0.001	1.130 (56) ^†	n.s. (0.263)
Pre-Seg: 3 meses	14.915 (21)	*** 0.001	11.059 (32)	*** 0.001	1.465 (47) ^†	n.s. (0.149)
Pre-Seg: 6 meses	10.109 (25)	*** 0.001	9.141 (32)	*** 0.001	3.446 (42) ^†	** 0.001
Pre- Seg: 12 meses	17.619 (21)	*** 0.001	8.892 (28)	*** 0.001	3.615 (39)^†	** 0.001
Subescala: Reexperimentación						
Pre-Post	10.136 (31)	*** 0.001	7.606 (32)	*** 0.001	2.369 (49) ^†	* 0.022
Pre-Seg: 1 mes	9.999 (26)	*** 0.001	9.242 (32)	*** 0.001	0.860 (57) ^†	n.s. (0.393)
Pre-Seg: 3 meses	11.914 (21)	*** 0.001	9.622 (32)	*** 0.001	1.958 (51) ^†	n.s. (0.056)
Pre-Seg: 6 meses	14.336 (25)	*** 0.001	8.507 (32)	*** 0.001	2.790 (44) ^†	** 0.008
Pre- Seg: 12 meses	14.450 (21)	*** 0.001	8.461 (28)	*** 0.001	3.761 (40)^†	** 0.001
Subescala: Evitación						
Pre-Post	10.268 (31)	*** 0.001	10.701 (32)	*** 0.001	0.080 (63)	n.s. (0.936)
Pre-Seg: 1 mes	10.674 (26)	*** 0.001	9.091 (32)	*** 0.001	0.849 (56) ^†	n.s. (0.399)
Pre-Seg: 3 meses	8.692 (21)	*** 0.001	10.503 (32)	*** 0.001	0.305 (53)	n.s. (0.761)
Pre-Seg: 6 meses	13.623 (25)	*** 0.001	9.085 (32)	*** 0.001	2.082 (48) ^†	* 0.043
Pre- Seg: 12 meses	11.670 (21)	*** 0.001	7.278 (28)	*** 0.001	2.883 (42)^†	** 0.006
Subescala: Aumento de Activación						
Pre-Post	12.180 (31)	*** 0.001	8.250 (32)	*** 0.001	0.687 (63)	n.s. (0.494)
Pre-Seg: 1 mes	13.024 (26)	*** 0.001	7.843 (32)	*** 0.001	1.247 (55) ^†	n.s. (0.218)
Pre-Seg: 3 meses	9.617 (21)	*** 0.001	7.078 (32)	*** 0.001	1.491 (50) ^†	n.s. (0.142)
Pre-Seg: 6 meses	13.465 (25)	*** 0.001	6.494 (32)	*** 0.001	4.415 (40) ^†	*** 0.0001
Pre- Seg: 12 meses	11.378 (21)	*** 0.001	7.020 (28)	*** 0.001	3.184 (35)^†	** 0.003

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

^ Grados de libertad corregidos

†No se cumple el supuesto de homocedasticidad

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / Sig.=Significación

Los resultados de ANCOVA y t de medidas repetidas permiten señalar que ambos tratamientos para la reducción del TEPT parecen alcanzar su propósito, ya que tanto el efecto intra-sujeto de factor tiempo (pre-post-seguimientos) como el valor de t para medidas relacionadas de comparación pre-post-seguimientos en los dos formatos de intervención y en todas las variables dependientes estudiadas son estadísticamente significativas. Los efectos intersujetos no han resultado significativos para ninguna de las variables de los análisis ANCOVA, sin embargo, la interacción entre el factor inter-grupo y factor intra-sujeto sí resulta significativa en la mayoría de las comparaciones, lo que sugiere que el cambio producido no es igual en ambas condiciones. La prueba t para medidas independientes arroja resultados significativos en los seguimientos a los 6 y 12 meses para todas las medidas estudiadas. No obstante, para desentrañar el significado del efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo en los casos en que ha

resultado significativo y la dirección de las diferencias obtenidas en la *t* de medidas independientes se ha llevado a cabo análisis de la magnitud del tamaño del efecto.

Por otro lado, la potencia de la investigación, entendida como el grado de probabilidad de detectar estadísticamente diferencias entre los promedios de los grupos estudiados (ver tablas ANCOVA 7.61 a 7.64) es adecuada para la mayoría de las comparaciones intra-sujeto (valores muy cercanos 0.80 o claramente superiores), aumentando la potencia en los seguimientos. En las comparaciones inter-grupo la potencia es baja en todas las medidas, lo que podría tener que ver con el tamaño del efecto pequeño o moderado y con el reducido tamaño muestral más que con una ausencia de diferencias entre los dos grupos. No obstante, estas diferencias no tendrían una potencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula.

Tamaño del Efecto

Los resultados de la *d* de Cohen pueden observarse en la tabla 7.66. Indican que la magnitud del efecto intra-sujeto para la muestra que finaliza el tratamiento es alto en los dos formatos de intervención, con un promedio de 4.47 en la puntuación total de TEPT y 3.12 en la subescala de reexperimentación, 2.93 en evitación y 3.35 en aumento de activación para el formato individual y un promedio de 2.02 en la puntuación total de TEPT y 1.66 en la subescala de reexperimentación, 1.85 en evitación y 1.57 en aumento de activación para el formato grupal. Estos resultados indican que el cambio producido en las variables dependientes estudiadas es relevante en los dos formatos de intervención. El tamaño del efecto inter-grupo muestra que la magnitud es mayor para el tratamiento individual frente a la grupal, siendo bajo o moderado al postratamiento y seguimientos al mes y tres meses en la mayoría de las medidas y moderado-alto y alto en los seguimientos a los seis y doce meses en la puntuación total del TEPT y subescalas de reexperimentación y aumento de activación. Es decir es mayor el tamaño del efecto en el grupo de tratamiento individual, no obstante, las diferencias con el formato grupal no son muy grandes, aunque se van incrementando conforme avanzan los seguimientos.

Tabla 7.66: Tamaño del efecto: d de Cohen de los formatos de tratamiento individual y grupal en la Escala Global del TEPT y Subescalas al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES	Formato Individual <i>Intra-grupo</i>			Formato Grupal <i>Intra-grupo</i>			<i>Tamaño del Efecto* (d)</i> <i>Inter-grupo</i>
	PRE Media (DT)	POST/SEGS Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d)</i> <i>Intra-grupo</i>	PRE Media (DT)	POST/SEGS Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d)</i> <i>Intra-grupo</i>	
Medida y Momento de Evaluación							
Escala Global							
Pre-Postratamiento	32.91 (6.31)	10.72 (4.64)	4.00	28.52 (6.77)	12.82 (8.33)	2.07	0.31
Pre-Seguimiento: 1 mes	33.22 (6.28)	9.81 (5.92)	3.84	28.52 (6.77)	11.94 (8.59)	2.14	0.28
Pre-Seguimiento: 3 meses	33.86 (6.74)	9.45 (4.28)	4.32	28.52 (6.77)	12.27 (9.72)	1.94	0.35
Pre-Seguimiento: 6 meses	33.54 (6.49)	5.42 (3.79)	5.29	28.52 (6.77)	12.18 (10.43)	1.86	0.76
Pre-Seguimiento: 12 meses	33.32 (7.34)	4.41 (3.72)	4.97	28.48 (6.70)	11.28 (9.30)	2.12	0.92
Subescala: Reexperimentación							
Pre-Postratamiento	9.94 (3.01)	3.09 (1.71)	2.80	9.06 (2.68)	4.61 (3.23)	1.50	0.59
Pre-Seguimiento: 1 mes	9.89 (2.89)	3.07 (2.38)	2.58	9.06 (2.68)	3.70 (2.22)	1.81	0.22
Pre-Seguimiento: 3 meses	10.55 (3.08)	2.82 (1.76)	3.08	9.06 (2.68)	4.18 (3.37)	1.60	0.48
Pre-Seguimiento: 6 meses	10.23 (3.15)	1.73 (1.43)	3.47	9.06 (2.68)	3.61 (3.51)	1.74	0.67
Pre-Seguimiento: 12 meses	9.91 (3.08)	1.23 (1.23)	3.70	8.97 (2.62)	3.45 (2.85)	1.68	0.97
Subescala: Evitación							
Pre-Postratamiento	12.09 (3.70)	4.22 (2.31)	2.55	10.27 (2.91)	4.27 (3.06)	2.01	0.02
Pre-Seguimiento: 1 mes	12.52 (3.86)	3.56 (2.62)	2.72	10.27 (2.91)	4.27 (3.89)	1.75	0.21
Pre-Seguimiento: 3 meses	11.95 (3.81)	3.36 (2.48)	2.67	10.27 (2.91)	3.64 (3.65)	2.00	0.09
Pre-Seguimiento: 6 meses	12.58 (3.87)	2.35 (2.04)	3.31	10.27 (2.91)	4.09 (4.23)	1.70	0.51
Pre-Seguimiento: 12 meses	12.32 (4.02)	1.59 (1.92)	3.41	10.34 (2.91)	4.07 (4.07)	1.77	0.75
Subescala: Aumento activación							
Pre-Postratamiento	10.91 (2.95)	3.47 (2.12)	2.90	9.15 (2.91)	3.94 (3.26)	1.69	0.15
Pre-Seguimiento: 1 mes	10.85 (2.82)	3.15 (1.95)	3.18	9.15 (2.91)	3.97 (3.11)	1.72	0.31
Pre-Seguimiento: 3 meses	10.95 (2.89)	3.27 (1.96)	3.12	9.15 (2.91)	4.45 (3.87)	1.37	0.36
Pre-Seguimiento: 6 meses	10.77 (3.04)	1.35 (1.23)	4.06	9.15 (2.91)	4.48 (3.84)	1.46	1.05
Pre-Seguimiento: 12 meses	10.68 (3.23)	1.45 (1.18)	3.51	9.14 (3.02)	3.76 (3.65)	1.60	0.81

* Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Segs=Seguimientos / DT=Desviación Típica

Significación Clínica

Los resultados al postratamiento y seguimientos pueden observarse en la tabla 7.67 y figuras 7.12 a 7.15. En el formato individual, de las 32 participantes que finalizan el tratamiento, al postratamiento el 96.9% mejora significativamente y se recupera desde el punto de vista clínico (ausencia de diagnóstico), aumentando el porcentaje al 100% a partir del seguimiento a los tres meses y se mantiene hasta el año. Si consideramos la muestra total que inicia tratamiento, al postratamiento el 69.9% deja de cumplir criterios diagnósticos para el TEPT y en los seguimientos se observan frecuencias entre 50% y 60%. En el formato grupal se asemejan los resultados, de manera que de las 33 participantes que finalizan el tratamiento solo 3 presentan TEPT, así, un 90.9% de las participantes al postratamiento no solo mejora de forma significativa sino que dejan de cumplir criterios para el cuadro clínico, manteniéndose al año el 82.8% de las participantes asintomáticas. Si tenemos en cuenta la muestra que inicia el tratamiento el 60% en el postratamiento ha alcanzado el la recuperación, aunque la tendencia involucre hasta un 48% en el seguimiento al año.

Tabla 7.67: Distribución de los grupos según diagnóstico de TEPT al postratamiento y seguimientos. Comparación de la muestra que inicia el tratamiento con la muestra que finaliza el tratamiento para los formatos individual vs. grupal

FORMATO INDIVIDUAL							
EVALUACIÓN		AUSENCIA TEPT		PRESENCIA TEPT		DESCONOCIDO	
		N	%	N	%	N	%
Postratamiento	FTT	31	96.9	1	3.1		
	ITT	31	69.9	1	2.2	13	28.9
Seguimiento: 1 mes	FTT	26	93.6	1	3.7		
	ITT	26	57.8	1	2.2	18	60.0
Seguimiento: 3 meses	FTT	22	100.0				
	ITT	22	48.9			23	51.1
Seguimiento: 6 meses	FTT	26	100.0				
	ITT	26	57.8			19	42.2
Seguimiento: 12 meses	FTT	23	100.0				
	ITT	23	51.1			22	48.9
FORMATO GRUPAL							
EVALUACIÓN		AUSENCIA TEPT		PRESENCIA TEPT		DESCONOCIDO	
		N	%	N	%	N	%
Postratamiento	FTT	30	90.9	3	9.1		
	ITT	30	60.0	3	6.0	17	34.0
Seguimiento: 1 mes	FTT	30	90.9	3	9.1		
	ITT	30	60.0	3	6.0	17	34.0
Seguimiento: 3 meses	FTT	28	84.8	5	15.2		
	ITT	28	56.0	5	10.0	17	34.0
Seguimiento: 6 meses	FTT	28	84.8	5	15.2		
	ITT	28	56.0	5	10.0	17	34.0
Seguimiento: 12 meses	FTT	24	82.8	5	17.2		
	ITT	24	48.0	5	10.0	21	42.0

Abreviaturas: FTT=Finaliza Tratamiento / ITT=Inicia Tratamiento

Figura 7.12. Diagnóstico TEPT: Formato individual al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

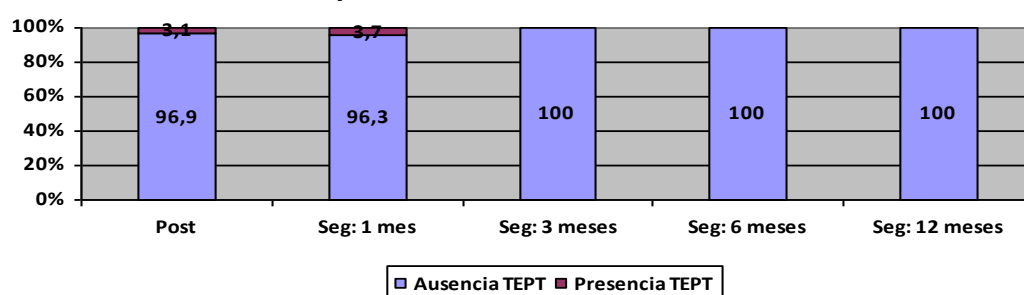


Figura 7.13. Diagnóstico TEPT: Formato individual al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento

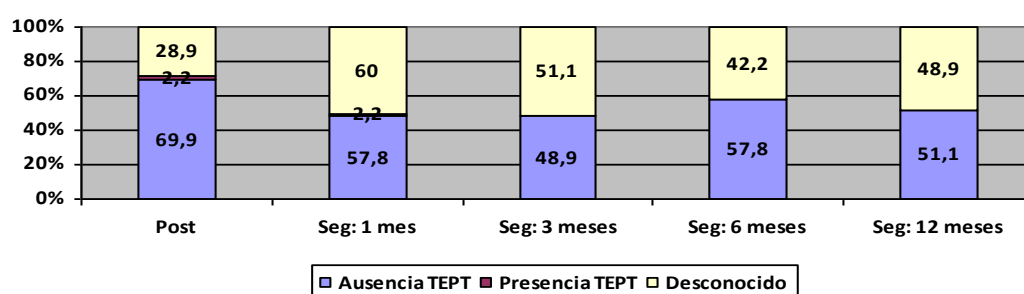


Figura 7.14. Diagnóstico TEPT: Formato grupal al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

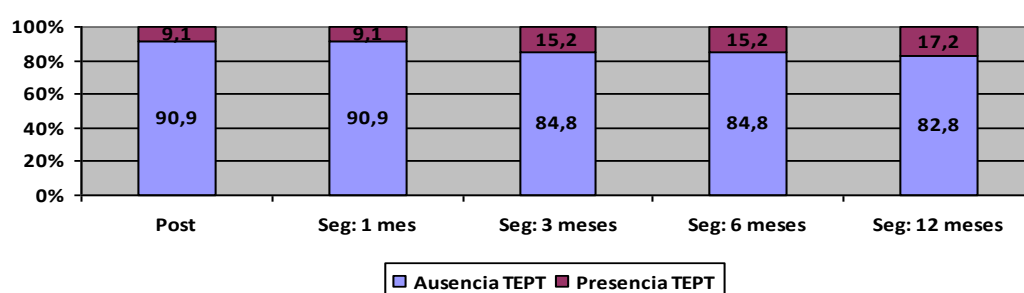
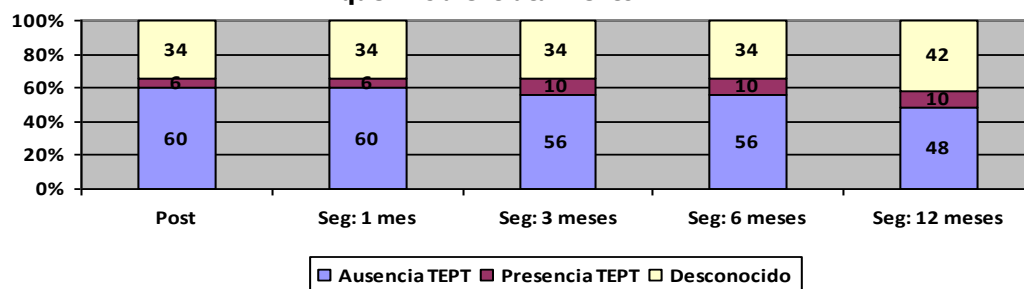


Figura 7.15. Diagnóstico TEPT: Formato grupal al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento



La comparación por grupos de síntomas, tabla 7.68 y figuras 7.16 a 7.18, proporciona resultados que indican que la ausencia de los síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de activación va en aumento, encontrando los porcentajes más altos a los 6 y 12 meses de finalizar el tratamiento en los tres grupos de síntomas y en los dos formatos de tratamiento.

Tabla 7.68: Distribución de los grupos de formato individual y grupal de tratamiento según sintomatología de reexperimentación, evitación y aumento de activación al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

EVALUACIÓN	SÍNTOMAS	FORMATO INDIVIDUAL				FORMATO GRUPAL			
		PRESENCIA SÍNTOMA		AUSENCIA SÍNTOMA		PRESENCIA SÍNTOMA		AUSENCIA SÍNTOMA	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Pretratamiento	Reexperimentación	44	97.8	1	2.2	50	100.0	0	0.0
	Evitación	44	97.8	1	2.2	50	100.0	0	0.0
	Aumento de Activación	44	97.8	1	2.2	49	98.0	1	2.0
Postratamiento	Reexperimentación	5	15.6	27	84.4	17	51.5	16	48.5
	Evitación	9	28.1	23	71.9	4	12.1	29	87.9
	Aumento de Activación	14	43.8	18	56.3	11	33.3	22	66.7
Seguimiento: 1 mes	Reexperimentación	4	14.8	23	85.2	12	36.4	21	63.6
	Evitación	5	18.5	22	81.5	8	24.2	25	75.8
	Aumento de Activación	11	40.7	16	59.3	14	42.4	19	57.6
Seguimiento: 3 meses	Reexperimentación	2	9.1	20	90.9	12	36.4	21	63.3
	Evitación	3	13.6	19	86.4	6	18.2	27	81.8
	Aumento de Activación	5	22.7	17	77.3	16	48.5	17	51.5
Seguimiento: 6 meses	Reexperimentación	1	3.8	25	96.2	11	33.3	22	66.7
	Evitación	2	7.7	24	92.3	7	21.2	26	78.8
	Aumento de Activación	0	0.0	26	100.0	11	33.3	22	66.7
Seguimiento: 12 meses	Reexperimentación	0	0.0	22	100.0	8	27.6	21	72.4
	Evitación	1	4.5	21	95.5	6	20.7	23	79.3
	Aumento de Activación	2	9.1	20	90.9	9	31.0	20	69.0

Figura 7.16. Sintomatología de reexperimentación: comparación según formato de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

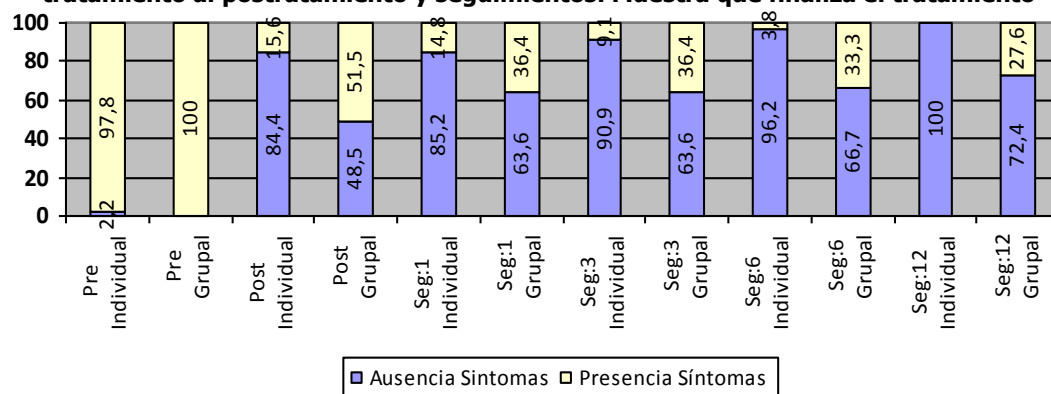


Figura 7.17. Sintomatología de evitación: comparación según formato de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

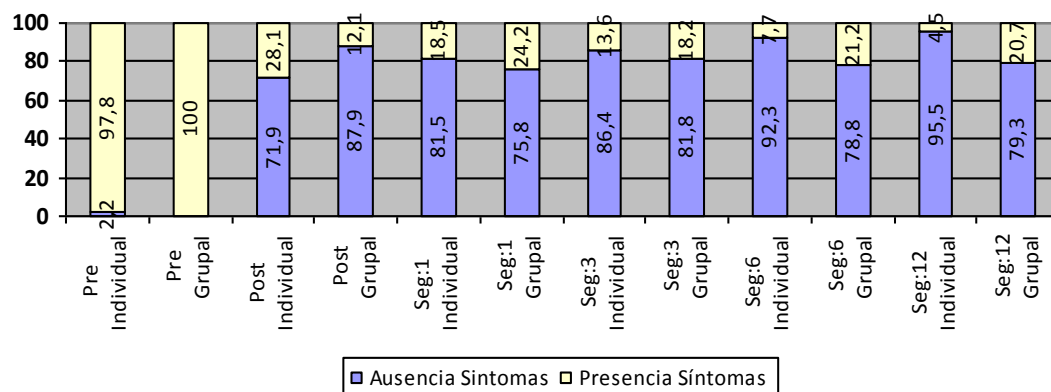
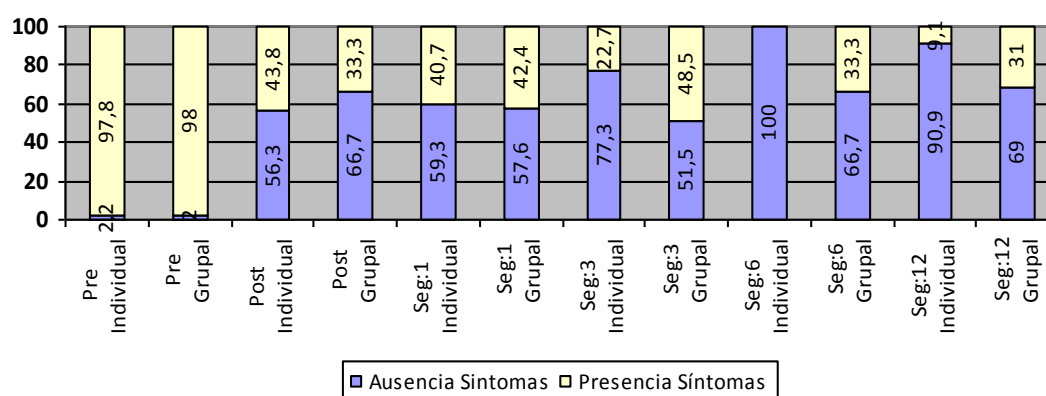


Figura 7.18. Sintomatología de aumento de activación: comparación según formato de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento



Las diferencias observadas en la recuperación de las participantes entre los dos formatos tratamiento no son estadísticamente significativas en el diagnóstico de TEPT ni en las subescalas de evitación y aumento de activación (a excepción del seguimiento a los 6 meses en ésta última), apareciendo diferencias únicamente en la subescala de reexperimentación en prácticamente todas las medidas temporales. Estos resultados se presentan en la tabla 7.69.

Tabla 7.69: Prueba Chi-cuadrado (χ^2) intergrupo (formato individual-grupal): Diagnóstico TEPT y Sintomatología Postraumática

VARIABLES Diagnóstico	MOMENTO Evaluación	χ^2 (gl, N)	Sig*
TEPT	Pre-Postratamiento	1.101 (1,65)	n.s. (0.613)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.693 (1,60)	n.s. (0.620)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.667 (1,55)	n.s. (0.076)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.304 (1,59)	n.s. (0.061)
	Pre-Seguimiento: 12 meses	4.387 (1,51)	n.s. (0.059)
Subescala: Reexperimentación	Pre-Postratamiento	9.346 (1,65)	* 0.002
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.526 (1,60)	n.s. (0.060)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	5.174 (1,55)	* 0.023
	Pre-Seguimiento: 6 meses	7.804 (1,59)	* 0.005
	Pre-Seguimiento: 12 meses	5.263 (1,51)	* 0.022
Subescala: Evitación	Pre-Postratamiento	2.601 (1,65)	n.s. (0.130)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.287 (1,65)	n.s. (0.592)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	0.199 (1,55)	n.s. (0.941)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	1.143 (1,59)	n.s. (0.274)
	Pre-Seguimiento: 12 meses	1.559 (1,51)	n.s. (0.212)
Subescala: Aumento activación	Pre-Postratamiento	0.745 (1,65)	n.s. (0.388)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.017 (1,60)	n.s. (0.895)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.710 (1,55)	n.s. (0.054)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	8.569 (1,59)	* 0.003
	Pre-Seguimiento: 12 meses	2.382 (1,51)	n.s. (0.123)

* Nivel De significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

7.2.2.1.3. Comparación grupos experimentales de tratamiento según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual

El análisis de covarianza de medidas repetidas (ANCOVA) revela efectos significativos en el estudio de la eficacia de la intervención y efectos no significativos en general para las diferencias entre los dos grupos en la variable dependiente TEPT.

Escala total TEPT. Los resultados ANCOVA (tabla 7.70 y figura 7.19) entre el pretratamiento y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,32)=46.291$, $p=0.000$], sin efecto inter-grupo [$F(1,32)=0.003$, n.s.] ni en la interacción [$F(1,32)=0.006$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento al mes hay efecto significativo del factor tiempo [$F(1,27)=37.831$, $p=0.000$], efecto no significativo inter-grupo [$F(1,27)=0.018$, n.s.] ni interacción [$F(1,27)=0.085$, n.s.]. A los 3 meses hay un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,22)=51.786$, $p=0.001$], sin efecto significativo del tipo de grupo [$F(1,22)=0.971$, n.s.] ni interacción [$F(1,22)=0.055$, n.s.]. A los 6 meses hay efecto intra-sujeto significativo [$F(1,26)=15.984$, $p=0.001$] y efecto no significativo tanto del tipo de grupo [$F(1,26)=0.010$, n.s.] como de la interacción grupo*tiempo [$F(1,26)=0.001$, n.s.]. El seguimiento al año revela un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,22)=66.910$, $p=0.001$] y efecto no significativo inter-grupo [$F(1,22)=0.007$, n.s.] ni de la interacción [$F(1,22)=0.684$, n.s.]. Así mismo, resultó significativo el efecto de la covariable antecedentes de suicidio en el seguimiento a los 3 meses [$F(1,22)=6.457$, $p=0.020$].

Tabla 7.70: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Escala Total) pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

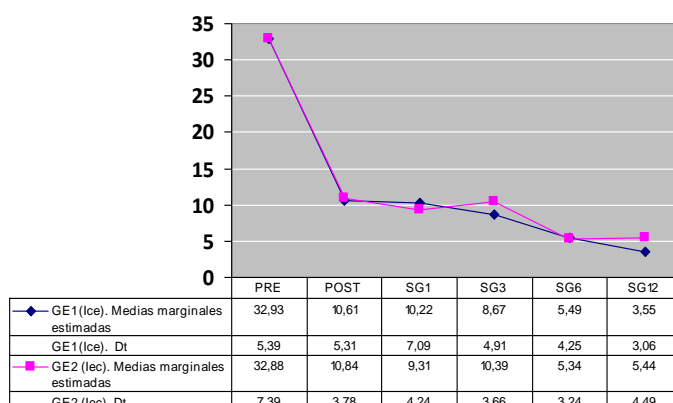
MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,32) = 0.003$	n.s. (0.960)	0.050
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,32) = 46.291$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,32) = 0.006$	n.s. (0.938)	0.051
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,27) = 0.018$	n.s. (0.894)	0.052
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,27) = 37.831$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,27) = 0.085$	n.s. (0.773)	0.059
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,22) = 0.971$	n.s. (0.337)	0.154
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,22) = 51.786$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,22) = 0.055$	n.s. (0.817)	0.056
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,26) = 0.010$	n.s. (0.923)	0.051
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,26) = 88.816$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,26) = 0.001$	n.s. (0.978)	0.050
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,22) = 0.007$	n.s. (0.935)	0.051
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,22) = 66.910$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,22) = 10.684$	n.s. (0.419)	0.123

Nota:* Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento/Post=Postratamiento/Seg=Seguimiento/ GE=Grupo Experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición/Iec=Intervención exposición+cognitiva

Figura 7.19. Evolución en la puntuación Escala total TEPT pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas



Subescala Reexperimentación (tabla 7.71 y figura 7.20). Los resultados ANCOVA entre el pre y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,32)=15.308$, $p=0.001$] y efecto no significativo tanto del tipo de grupo [$F(1,32)=0.346$, n.s.] como de la interacción grupo*tiempo [$F(1,32)=0.289$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento al mes se observa un efecto significativo intra-sujeto [$F(1,27)=10.077$, $p=0.004$] y no significativo inter-grupo [$F(1,27)=0.481$, n.s.], tampoco hay interacción [$F(1,27)=0.177$, n.s.]. A los 3 meses hay efecto significativo del factor tiempo [$F(1,22)=18.868$, $p=0.001$] y no significativo inter-grupo [$F(1,22)=0.705$, n.s.] ni grupo*tiempo [$F(1,22)=0.049$, n.s.]. A los 6 meses se observa un efecto significativo intra-sujeto [$F(1,26)=38.046$, $p=0.001$] y efecto no significativo inter-grupo [$F(1,26)=0.164$, n.s.] ni de la interacción grupo*tiempo [$F(1,26)=0.060$, n.s.]. A los 12 meses hay un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,22)=58.028$, $p=0.001$] y no significativo del tipo de grupo [$F(1,22)=1.103$, n.s.] y de interacción grupo*tiempo [$F(1,22)=1.629$, n.s.]. Resultó significativo el efecto de la covariable antecedentes de suicidio en el seguimiento a los 12 meses [$F(1,22)=10.196$, $p=0.005$].

Subescala Evitación (tabla 7.72 y figura 7.21). Los resultados ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,32)=26.332$, $p=0.001$] y no significativo del tipo de grupo [$F(1,32)=0.001$, n.s.], ni de la interacción [$F(1,32)=0.073$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento al mes hay un efecto significativo intra-sujeto [$F(1,27)=28.191$, $p=0.001$] y efecto no significativo inter-grupo [$F(1,27)=0.304$, n.s.] ni interacción [$F(1,27)=0.227$, n.s.]. A los 3 meses se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,22)=24.656$, $p=0.001$] y no significativo del tipo de grupo [$F(1,22)=0.659$, n.s.] ni interacción grupo*tiempo [$F(1,22)=0.885$, n.s.]. Entre el pretratamiento y los 6 meses hay un

efecto significativo intra-sujeto [$F(1,26)=38.537$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,26)=0.048$, n.s.] ni de la interacción [$F(1,26)=0.048$, n.s.]. En el seguimiento a los 12 meses hay un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,22)=32.276$, $p=0.001$] y no significativo del tipo de grupo [$F(1,22)=1.102$, n.s.] ni interacción [$F(1,22)=0.053$, n.s.]. Resultó significativo el efecto de la covariable antecedentes de suicidio en el seguimiento a los 3 meses [$F(1,22)=6.476$, $p=0.020$].

Subescala Aumento de Activación (tabla 7.73 y figura 7.22). Entre el pretratamiento y postratamiento ANCOVA revela un efecto significativo intra-sujeto [$F(1,32)=19.536$, $p=0.001$] y no significativo tanto del tipo de grupo [$F(1,32)=0.598$, n.s.] como de la interacción entre ambos factores [$F(1,32)=0.128$, n.s.]. En el seguimiento al mes se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,27)=29.561$, $p=0.001$] y efecto no significativo inter-grupo [$F(1,27)=0.542$ n.s.] y de interacción grupo*tiempo [$F(1,27)=0.643$, n.s.]. A los 3 meses hay un efecto significativo intra-sujeto [$F(1,22)=16.613$, $p=0.001$] y efecto no significativo inter-grupo [$F(1,22)=0.335$, n.s.] ni interacción [$F(1,22)=0.348$, n.s.]. A los 6 meses se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,26)=29.402$, $p=0.001$] y no significativo del tipo de grupo [$F(1,26)=0.364$, n.s.] ni grupo*tiempo [$F(1,26)=0.264$, n.s.]. En el seguimiento al año hay un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,22)=19.927$, $p=0.001$] y no significativo del tipo de grupo [$F(1,22)=0.117$, n.s.] ni de interacción grupo*tiempo [$F(1,22)=1.366$, n.s.].

Tabla 7.71: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Reexperimentación) pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,32) = 0.346$	n.s. (0.561)	0.088
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,32) = 15.308$	*** 0.001	0.965
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,32) = 0.289$	n.s. (0.595)	0.081
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,27) = 0.481$	n.s. (0.495)	0.102
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,27) = 10.077$	** 0.004	0.860
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,27) = 0.177$	n.s. (0.678)	0.069
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,22) = 0.705$	n.s. (0.412)	0.125
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,22) = 18.868$	*** 0.001	0.984
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,22) = 0.049$	n.s. (0.827)	0.055
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,26) = 0.164$	n.s. (0.689)	0.067
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,26) = 38.046$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,26) = 0.060$	n.s. (0.808)	0.050
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,22) = 1.103$	n.s. (0.307)	0.169
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,22) = 58.028$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,22) = 1.629$	n.s. (0.218)	0.227

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento/Post=Postratamiento/ Seg=Seguimiento/GE=Grupo Experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición/Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.72: ANCOVA: Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Evitación) pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,32)} = 0.001$	n.s. (0.972)	0.050
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,32)} = 26.332$	*** 0.001	0.999
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,32)} = 0.073$	n.s. (0.789)	0.058
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,27)} = 0.304$	n.s. (0.587)	0.083
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,27)} = 28.191$	*** 0.001	0.999
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,27)} = 0.227$	n.s. (0.639)	0.074
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 0.659$	n.s. (0.427)	0.120
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 24.656$	*** 0.001	0.997
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 0.885$	n.s. (0.359)	0.145
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,26)} = 0.048$	n.s. (0.829)	0.055
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,26)} = 38.537$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,26)} = 0.048$	n.s. (0.828)	0.055
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 1.102$	n.s. (0.308)	0.169
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 32.276$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 0.053$	n.s. (0.820)	0.056

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento/Post=Postratamiento/Seg=Seguimiento/ GE=Grupo Experimental /Ice=Intervención cognitiva+exposición/Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.73: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Aumento de Activación) pre-post-seguimientos pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,32)} = 0.598$	n.s. (0.446)	0.116
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,32)} = 19.536$	*** 0.001	0.989
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,32)} = 0.128$	n.s. (0.723)	0.064
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,27)} = 0.542$	n.s. (0.469)	0.109
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,27)} = 29.560$	*** 0.001	0.999
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,27)} = 0.643$	n.s. (0.431)	0.120
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 0.335$	n.s. (0.570)	0.085
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 16.613$	*** 0.001	0.971
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 0.348$	n.s. (0.563)	0.086
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,26)} = 0.364$	n.s. (0.553)	0.089
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,26)} = 29.402$	*** 0.001	0.999
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,26)} = 0.264$	n.s. (0.612)	0.078
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 0.117$	n.s. (0.736)	0.062
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 19.927$	*** 0.001	0.988
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 1.366$	n.s. (0.258)	0.198

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento /Post=Postratamiento/Seg=Seguimiento/GE=Grupo Experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición/Iec=Intervención exposición+cognitiva

Figura 7.20. Evolución en la puntuación Subescala de Reexperimentación pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

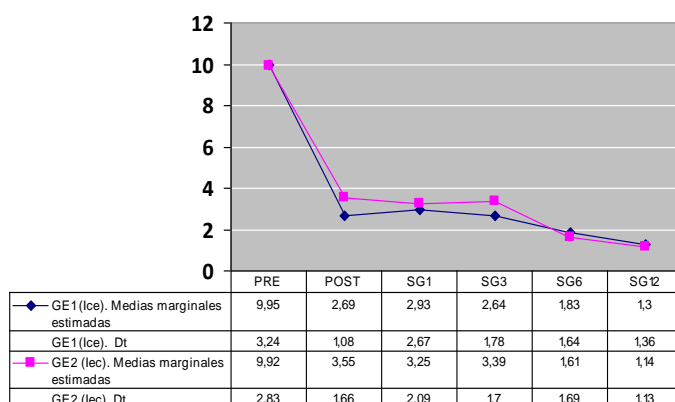


Figura 7.21. Evolución en la puntuación Subescala Evitación pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

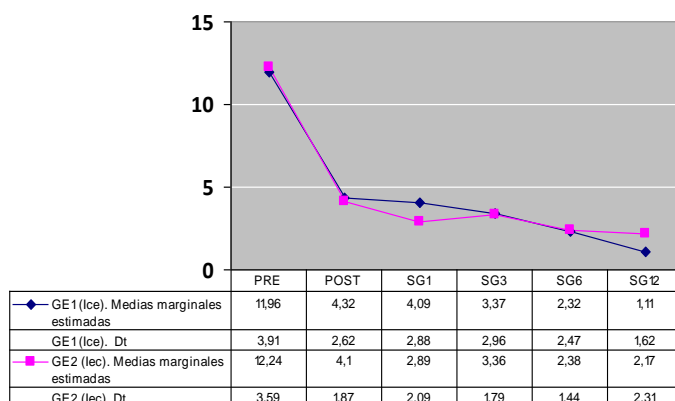
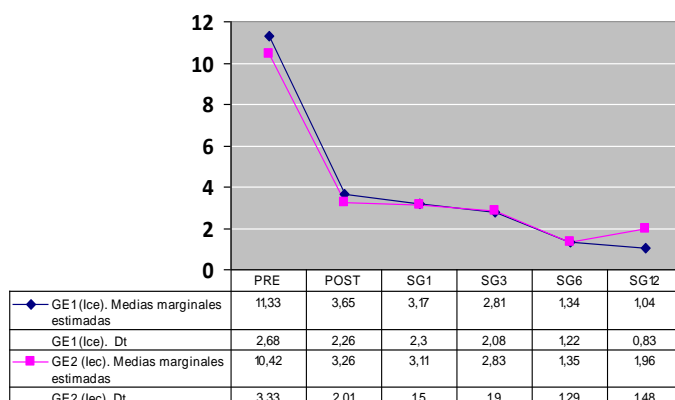


Figura 7.22. Evolución en la puntuación Subescala Aumento de Activación pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas



En los dos grupos experimentales se produce una marcada reducción de la sintomatología del TEPT, tanto en la puntuación total como en cada una de las subescalas y en cada momento de evaluación, esto es, al postratamiento y seguimientos (véase los análisis de la *t* para muestras relacionadas para la variación de las puntuaciones en los diferentes momentos de evaluación en la tabla 7.74). Se observa a su vez como la prueba *t* para medidas independientes no muestra resultados significativos en ninguna de las medidas que indiquen diferencias entre los grupos.

Tabla 7.74: Prueba *t* de comparación de medias: *t* de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y *t* de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), en la Escala Global de TEPT y Subescalas

VARIABLES	<i>t</i> medidas repetidas (gl)				<i>t</i> medidas independientes (gl)	
	GE1 (Ice)		GE2 (Iec)			
	<i>t</i> (gl)	Sig.*	<i>t</i> (gl)	Sig.*	<i>t</i> (gl)	Sig.*
Escala Global TEPT						
Pre-Post	11.397 (16)	*** 0.001	9.794 (14)	*** 0.001	0.819 (30)	n.s. (0.419)
Pre-Seg: 1 mes	9.203 (14)	*** 0.001	11.042 (11)	*** 0.001	0.502 (25)	n.s. (0.620)
Pre-Seg: 3 meses	11.032 (11)	*** 0.001	9.865 (9)	*** 0.001	0.053 (20)	n.s. (0.958)
Pre-Seg: 6 meses	15.368 (13)	*** 0.001	12.942 (11)	*** 0.001	0.728 (24)	n.s. (0.473)
Pre- Seg: 12 meses	16.022 (11)	*** 0.001	9.578 (9)	*** 0.001	-0.670 (20)	n.s. (0.510)
Subescala: Reexperimentación						
Pre-Post	7.464 (16)	*** 0.001	6.660 (14)	*** 0.001	-0.325 (30)	n.s. (0.747)
Pre-Seg: 1 mes	6.669 (14)	*** 0.001	7.784 (11)	*** 0.001	0.142 (25)	n.s. (0.889)
Pre-Seg: 3 meses	8.610 (11)	*** 0.001	7.817 (9)	*** 0.001	-1.181 (20)	n.s. (0.251)
Pre-Seg: 6 meses	9.876 (13)	*** 0.001	10.198 (11)	*** 0.001	0.755 (24)	n.s. (0.457)
Pre- Seg: 12 meses	9.266 (11)	*** 0.001	11.410 (9)	*** 0.001	0.093 (20)	n.s. (0.927)
Subescala: Evitación						
Pre-Post	6.454 (16)	*** 0.001	8.288 (14)	*** 0.001	1.121 (30)	n.s. (0.271)
Pre-Seg: 1 mes	7.225 (14)	*** 0.001	7.877 (11)	*** 0.001	1.459 (25)	n.s. (0.157)
Pre-Seg: 3 meses	5.632 (11)	*** 0.001	6.956 (9)	*** 0.001	0.829 (18)^†	n.s. (0.417)
Pre-Seg: 6 meses	9.787 (13)	*** 0.001	9.119 (11)	*** 0.001	0.625 (21) ^†	n.s. (0.539)
Pre- Seg: 12 meses	7.899 (11)	*** 0.001	8.420 (9)	*** 0.001	-0.238 (20)	n.s. (0.814)
Subescala: Aumento de Activación						
Pre-Post	8.853 (16)	*** 0.001	8.233 (14)	*** 0.001	0.666 (30)	n.s. (0.510)
Pre-Seg: 1 mes	9.031 (14)	*** 0.001	9.172 (11)	*** 0.001	-0.433 (25)	n.s. (0.669)
Pre-Seg: 3 meses	6.668 (11)	*** 0.001	6.653 (9)	*** 0.001	-0.272 (20)	n.s. (0.788)
Pre-Seg: 6 meses	10.262 (13)	*** 0.001	8.664 (11)	*** 0.001	0.362 (24)	n.s. (0.720)
Pre- Seg: 12 meses	10.853 (11)	*** 0.001	5.939 (9)	*** 0.001	-1.267 (20)	n.s. (0.220)

Nota: * Nivel de significación (Sig.) $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

^ Grados de libertad corregidos

† No se cumple el supuesto de homocedasticidad

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento/Post=Postratamiento/Seg=Seguimiento/ GE=Grupo Experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición/Iec=Intervención exposición+cognitiva

Los resultados de ANCOVA y *t* permiten señalar que ambos tratamientos para la reducción del TEPT parecen alcanzar su propósito, ya que tanto el efecto intra-sujeto de factor tiempo (pre-post-seguimientos) como el valor de *t* para medidas relacionadas de comparación pre-post-seguimientos en los dos grupos experimentales y en todas

las variables dependientes estudiadas son estadísticamente significativas. No se ha obtenido significación estadística ni en los efectos intersujetos ni en la interacción entre factores del análisis ANCOVA y tampoco en el valor de t para medidas independientes, lo que sugiere que el cambio producido es similar en ambas condiciones. No obstante, se ha llevado a cabo un análisis de la magnitud del tamaño del efecto con objeto de determinar la solidez en la dirección de los resultados expuestos.

Por otro lado, la potencia de la investigación, entendida como el grado de probabilidad de detectar estadísticamente diferencias entre los promedios de los grupos estudiados (ver tablas ANCOVA 7.70 a 7.73) es adecuada para la mayoría de las comparaciones intra-sujeto (valores entre 0.86 y 1). En las comparaciones inter-grupo la potencia es baja en todas las medidas, lo que podría tener que ver con el tamaño del efecto pequeño y con el reducido tamaño muestral más que con una ausencia de diferencias entre los dos grupos.

Tamaño del Efecto

El tamaño del efecto intra-sujeto (tabla 7.75) es alto en los dos grupos experimentales, observándose algunas diferencias según grupos de síntomas de TEPT. En el GE1 el promedio en la puntuación total de TEPT es de 4.61 y 2.58 en la subescala de reexperimentación, 2.60 en evitación y 3.55 en aumento de activación. En el GE2 se obtiene un promedio de 4.33 en la puntuación total de TEPT y 3.65 en la subescala de reexperimentación, 3.33 en evitación y 3.16 en aumento de activación. Estos resultados indican que el cambio producido en la variable dependiente estudiada es relevante en las dos modalidades de intervención, obteniéndose promedios más altos para el GE1 en la puntuación total de TEPT y subescala de aumento de activación y en el GE2 en las subescalas de reexperimentación y evitación.

El tamaño del efecto inter-grupo muestra que la magnitud del tamaño del efecto es bajo o moderado en todas las medidas y en todos los momentos de evaluación, tal y como puede apreciarse en la tabla 7.75. Estos resultados indican que no hay grandes diferencias entre los grupos en relación al efecto del tratamiento aplicado para los síntomas de TEPT.

Tabla 7.75: Tamaño del efecto: d de Cohen. Grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), en la Escala Global del TEPT y Subescalas al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES	GE1 (Ice)			GE2 (Iec)			
	Intra-grupo			Intra-grupo			
Medida y Momento de Evaluación Escala Global	PRE Media (DT)	POST/SEGs Media (DT)	Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo	PRE Media (DT)	POST/SEGs Media (DT)	Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo	Tamaño del Efecto* (d) Inter-grupo
Pre-Postratamiento	32.65 (5.40)	11.35 (5.31)	3.98	33.20 (7.40)	10.00 (3.78)	3.95	0.29
Pre-Seguimiento: 1 mes	32.33 (5.49)	10.33 (7.09)	3.47	34.33 (7.24)	9.17 (4.24)	4.24	0.19
Pre-Seguimiento: 3 meses	32.75 (6.02)	9.50 (4.91)	4.23	35.20 (7.63)	9.40 (3.66)	4.31	0.02
Pre-Seguimiento: 6 meses	33.07 (5.86)	5.93 (4.25)	5.30	34.08 (7.38)	4.83 (3.24)	5.13	0.29
Pre-Seguimiento: 12 meses	33.00 (6.01)	3.92 (3.06)	6.10	33.70 (9.02)	5.00 (4.50)	4.03	0.29
Subescala: Reexperimentación							
Pre-Postratamiento	9.71 (3.24)	3.00 (1.80)	2.56	10.20 (2.83)	3.20 (1.66)	3.02	0.12
Pre-Seguimiento: 1 mes	9.13 (3.00)	3.13 (2.67)	2.11	10.83 (2.55)	3.00 (2.09)	3.36	0.05
Pre-Seguimiento: 3 meses	10.08 (3.45)	2.42 (1.78)	2.79	11.10 (2.64)	3.30 (1.70)	3.51	0.50
Pre-Seguimiento: 6 meses	10.07 (3.45)	1.93 (1.64)	3.01	10.42 (2.91)	1.50 (1.17)	4.02	0.26
Pre-Seguimiento: 12 meses	9.67 (3.47)	1.25 (1.36)	2.43	10.20 (2.70)	1.20 (1.13)	4.35	0.02
Subescala: Evitación							
Pre-Postratamiento	12.18 (3.91)	4.65 (2.62)	2.26	12.00 (3.59)	3.73 (1.87)	2.89	0.40
Pre-Seguimiento: 1 mes	12.53 (4.03)	4.20 (2.88)	2.38	12.50 (3.80)	2.75 (2.09)	3.18	0.57
Pre-Seguimiento: 3 meses	11.17 (3.71)	3.75 (2.96)	2.21	12.90 (3.90)	2.90 (1.79)	3.30	0.34
Pre-Seguimiento: 6 meses	12.57 (4.15)	2.57 (2.47)	2.93	12.58 (3.70)	2.08 (1.44)	3.74	0.24
Pre-Seguimiento: 12 meses	11.75 (4.20)	1.50 (1.62)	3.22	13.00 (3.89)	1.70 (2.31)	3.53	0.10
Subescala: Aumento activación							
Pre-Postratamiento	10.76 (2.68)	3.71 (2.26)	2.69	11.07 (3.33)	3.20 (2.01)	2.86	0.24
Pre-Seguimiento: 1 mes	10.67 (2.53)	3.00 (2.30)	3.18	11.08 (3.26)	3.33 (1.50)	3.05	0.17
Pre-Seguimiento: 3 meses	10.67 (2.64)	3.17 (2.08)	3.16	11.30 (2.27)	3.40 (1.90)	2.95	0.11
Pre-Seguimiento: 6 meses	10.43 (2.85)	1.43 (1.22)	4.11	11.17 (3.33)	1.25 (1.29)	3.93	0.14
Pre-Seguimiento: 12 meses	10.75 (2.80)	1.17 (0.83)	4.64	10.60 (3.84)	1.80 (1.48)	3.02	0.54

* Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Segs=Seguimientos/ GE=Grupo Experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición/Iec=Intervención exposición+cognitiva / DT=Desviación Típica

Significación Clínica

Los resultados de significación clínica al postratamiento y seguimientos pueden observarse en la tabla 7.76 y figuras 7.23 a 7.26. En ambos grupos se alcanza el 100% de recuperación clínica y mejora significativa en la variable estudiada, a partir del tercer seguimiento en el GE1 y en todos los momentos de evaluación en el GE2, considerando la muestra que finaliza el tratamiento.

Si tenemos en cuenta la muestra que inicia tratamiento, los porcentajes disminuyen, obteniéndose en el GE1 un 72.7% al postratamiento frente a un 65.2% en el GE2, que se van reduciendo hasta alcanzar alrededor del 50% en el seguimiento al año en ambos grupos.

Tabla 7.76: Distribución según diagnóstico de TEPT al postratamiento y seguimientos de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Comparación de la muestra que inicia el tratamiento con la muestra que finaliza el tratamiento

GE1 (Ice)						
EVALUACIÓN		AUSENCIA TEPT		PRESENCIA TEPT		DESCONOCIDO
		N	%	N	%	N
Postratamiento	FTT	16	94.1	1	5.9	
	ITT	16	72.7	1	4.5	5
Seguimiento: 1 mes	FTT	14	93.3	1	6.7	
	ITT	14	63.6	1	4.5	7
Seguimiento: 3 meses	FTT	12	100.0			
	ITT	12	54.5			10
Seguimiento: 6 meses	FTT	14	100.0			
	ITT	14	63.6			8
Seguimiento: 12 meses	FTT	12	100.0			
	ITT	12	54.5			10
GE2 (Iec)						
EVALUACIÓN		AUSENCIA TEPT		PRESENCIA TEPT		DESCONOCIDO
		N	%	N	%	N
Postratamiento	FTT	15	100.0			
	ITT	15	65.2			8
Seguimiento: 1 mes	FTT	12	100.0			
	ITT	12	52.2			11
Seguimiento: 3 meses	FTT	10	100.0			
	ITT	10	43.5			13
Seguimiento: 6 meses	FTT	12	100.0			
	ITT	12	52.2			11
Seguimiento: 12 meses	FTT	11	100.0			
	ITT	11	47.8			12

Abreviaturas: FTT=Finaliza Tratamiento / ITT=Inicia Tratamiento / GE=Grupo Experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición/Iec=Intervención exposición+cognitiva

Figura 7.23. Diagnóstico TEPT: GE1 (Ice) al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

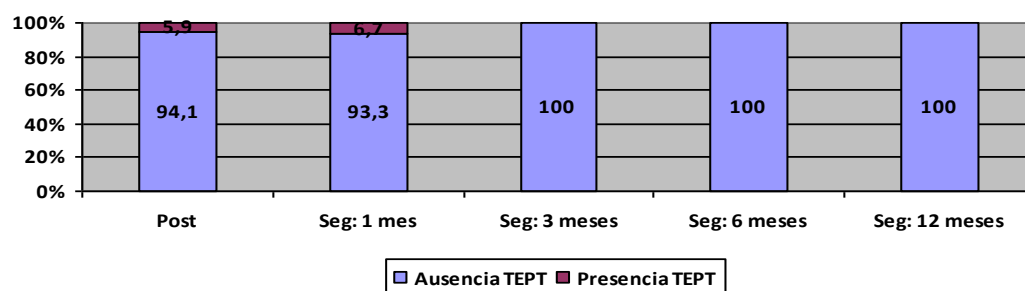


Figura 7.24. Diagnóstico TEPT: GE1 (Ice) al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento

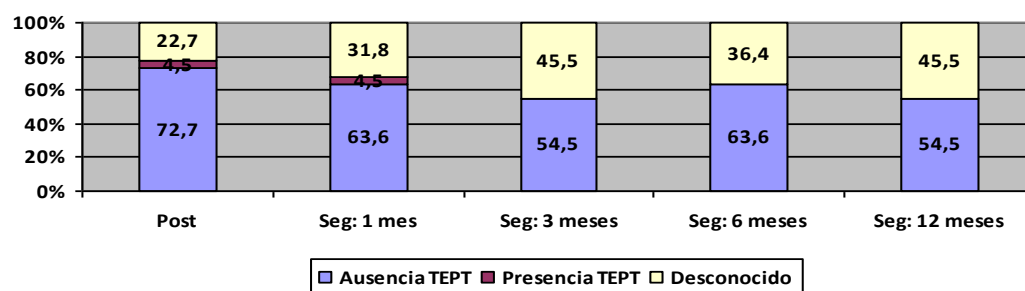


Figura 7.25. Diagnóstico TEPT: GE2 (Iec) al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

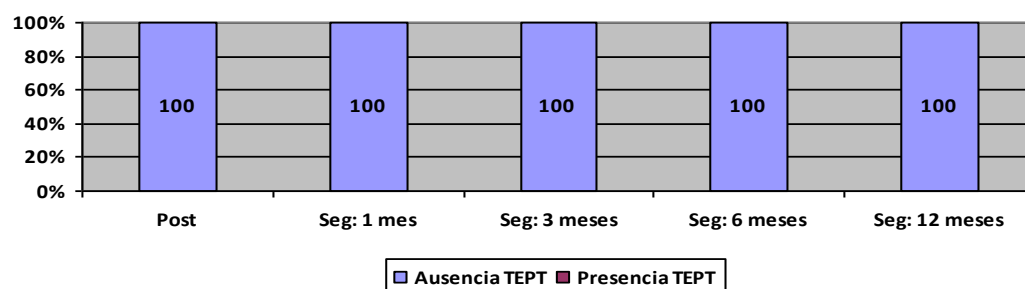
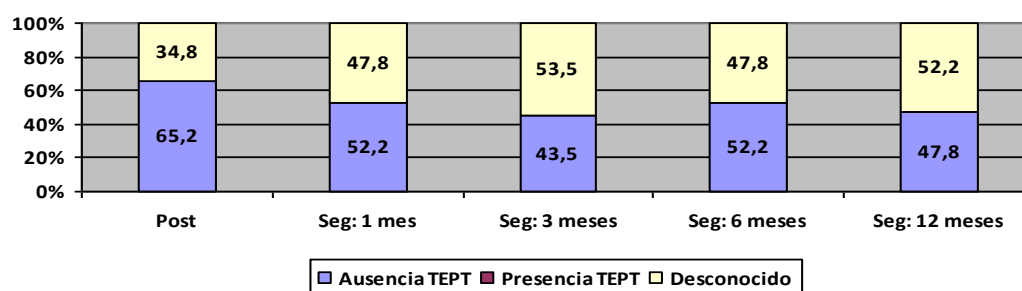


Figura 7.26. Diagnóstico TEPT: GE2 (Iec) al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento



La comparación por grupos de síntomas, tabla 7.77 y figuras 7.27 a 7.29, ofrecen resultados que indican que la ausencia de síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de activación va en aumento, encontrando los porcentajes más altos a los 6 y 12 meses de finalizar el tratamiento en los tres grupos sintomatológicos y en los dos grupos experimentales.

Tabla 7.77: Distribución según sintomatología de reexperimentación, evitación y aumento de activación al postratamiento y seguimientos de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento

EVALUACIÓN	SÍNTOMAS	GE1 (Ice)				GE2 (Iec)			
		PRESENCIA SÍNTOMA		AUSENCIA SÍNTOMA		PRESENCIA SÍNTOMA		AUSENCIA SÍNTOMA	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Pretratamiento	Reexperimentación	21	95.5	1	4.5	23	100.0	0	0.0
	Evitación	21	95.5	1	4.5	23	100.0	0	0.0
	Aumento de Activación	22	100.0	0	0.0	22	95.7	1	4.3
Postratamiento	Reexperimentación	3	17.6	14	82.4	2	13.3	13	86.7
	Evitación	6	35.3	11	64.7	3	20.0	12	80.0
	Aumento de Activación	8	47.1	9	52.9	6	40.0	9	60.0
Seguimiento: 1 mes	Reexperimentación	2	13.3	13	86.7	2	16.7	10	83.3
	Evitación	4	26.7	11	73.3	1	8.3	11	91.7
	Aumento de Activación	4	26.7	11	73.3	7	58.3	5	41.7
Seguimiento: 3 meses	Reexperimentación	1	8.3	11	91.7	1	10.0	9	90.0
	Evitación	3	25.0	9	75.0	0	0.0	10	100.0
	Aumento de Activación	2	16.7	10	83.3	3	30.0	7	70.0
Seguimiento: 6 meses	Reexperimentación	1	7.1	13	92.9	0	0.0	12	100.0
	Evitación	2	14.3	12	85.7	0	0.0	12	100.0
	Aumento de Activación	0	0.0	14	100.0	0	0.0	12	100.0
Seguimiento: 12 meses	Reexperimentación	0	0.0	12	100.0	0	0.0	10	100.0
	Evitación	0	0.0	12	100.0	1	10.0	9	90.0
	Aumento de Activación	0	0.0	12	100.0	2	20.0	8	80.0

Abreviaturas: GE=Grupo Experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición/Iec=Intervención exposición+cognitiva

Figura 7.27. Sintomatología de reexperimentación: comparación entre los grupos experimentales según el orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

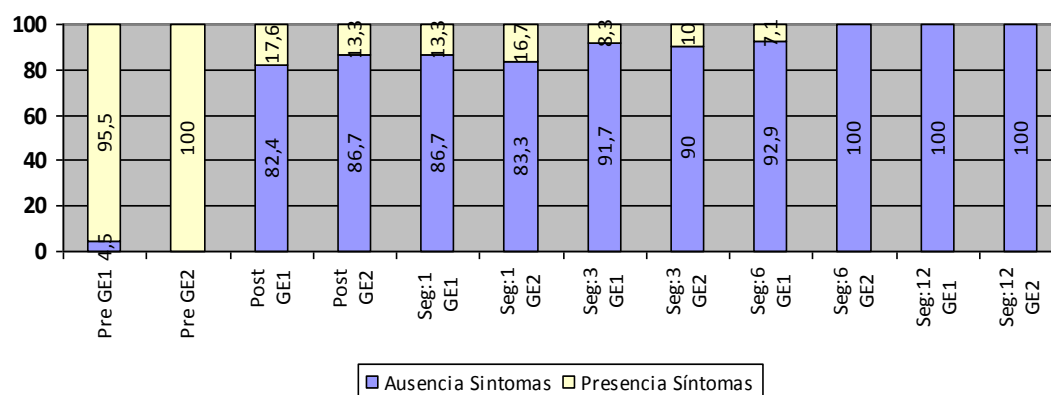


Figura 7.28. Sintomatología de evitación: comparación entre los grupos experimentales según el orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

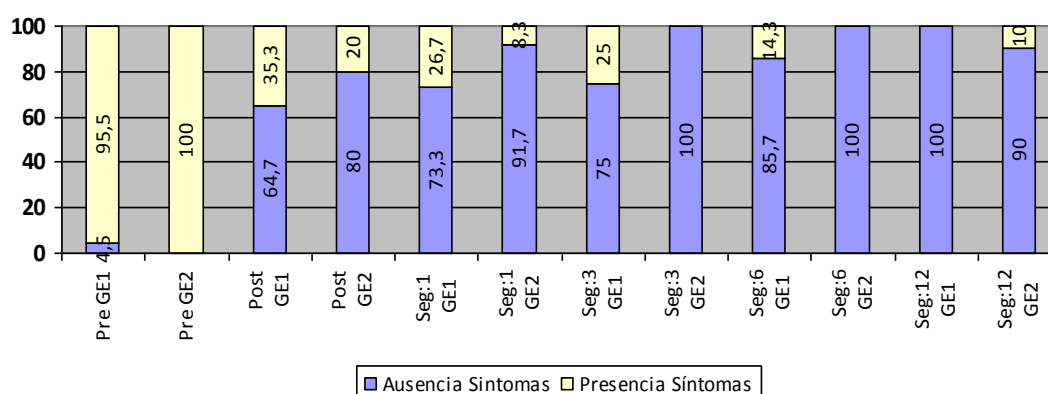
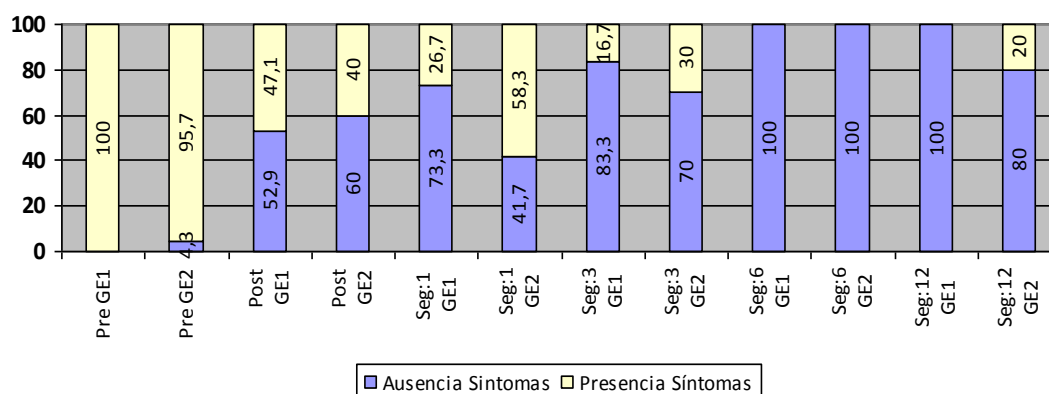


Figura 7.29. Sintomatología de aumento de activación: comparación entre los grupos experimentales según el orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento



Las diferencias observadas en la recuperación de las participantes entre los dos grupos experimentales no son estadísticamente significativas en el diagnóstico de TEPT ni en ninguna de las subescalas. Estos resultados se presentan en la tabla 7.78.

Tabla 7.78: Prueba Chi-cuadrado (χ^2) intergrupo. Diagnóstico TEPT y Sintomatología Postraumática de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec).

VARIABLES Diagnóstico	MOMENTO Evaluación	χ^2 (gl, N)	Sig.*
TEPT	Pre-Postratamiento	0.911(1,32)	n.s. (1.000)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.831(1,27)	n.s. (1.000)
	Pre-Seguimiento: 3 meses		n.a.
	Pre-Seguimiento: 6 meses		n.a.
	Pre- Seguimiento: 12 meses		n.a.
Subescala: Reexperimentación	Pre-Postratamiento	0.112(1,32)	n.s. (1.000)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.059(1,27)	n.s. (1.000)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	0.018(1,22)	n.s. (1.000)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	0.891(1,26)	n.s. (1.000)
	Pre- Seguimiento: 12 meses		n.a.
Subescala: Evitación	Pre-Postratamiento	0.922(1,32)	n.s. (0.444)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	1.485 (1,27)	n.s. (0.342)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	2.895(1,22)	n.s. (0.221)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	1.857(1,26)	n.s. (0.483)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	1.527(1,22)	n.s. (0.455)
Subescala: Aumento activación	Pre-Postratamiento	0.161(1,32)	n.s. (0.688)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	1.613(1,27)	n.s. (0.204)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	0.552(1,22)	n.s. (0.624)
	Pre-Seguimiento: 6 meses		n.a.
	Pre- Seguimiento: 12 meses	2.640(1,22)	n.s. (0.195)

* Nivel De significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

n.a. No aplicable (es una constante)

7.2.2.1.4. Comparación grupos experimentales de tratamiento según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento

El análisis de covarianza de medidas repetidas (ANCOVA) revela efectos significativos en el estudio de la eficacia de la intervención y efectos no significativos en general para las diferencias entre los dos grupos en la variable dependiente TEPT.

Escala total TEPT. Los resultados ANCOVA (tabla 7.79 y figura 7.30) entre el pretratamiento y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,65)=120.290$, $p=0.001$], sin efecto inter-grupo [$F(1,65)=0.208$, n.s.] ni en la interacción [$F(1,65)=0.017$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento al mes hay efecto significativo del factor tiempo [$F(1,60)=95.406$, $p=0.001$], efecto no significativo inter-grupo [$F(1,60)=0.058$, n.s.] ni interacción [$F(1,60)=0.344$, n.s.]. A los 3 meses hay un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,55)=108.427$, $p=0.001$], sin efecto significativo del tipo de grupo [$F(1,55)=0.616$, n.s.] ni interacción [$F(1,55)=1.543$, n.s.]. A los 6 meses hay efecto intra-sujeto significativo [$F(1,59)=106.970$, $p=0.000$] y efecto no significativo tanto del tipo de grupo [$F(1,59)=0.426$, n.s.] como de la interacción grupo*tiempo [$F(1,59)=1.312$, n.s.]. El seguimiento al año revela un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,51)=131.095$, $p=0.001$] y efecto no significativo inter-grupo [$F(1,51)=2.190$, n.s.] y efecto significativo de la interacción [$F(1,51)=6.031$, $p=0.018$]. Así mismo, resultó significativo el efecto de la covariable antecedentes de suicidio en el seguimiento a los 3 meses [$F(1,22)=6.457$, $p=0.020$].

Tabla 7.79: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Escala Total) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

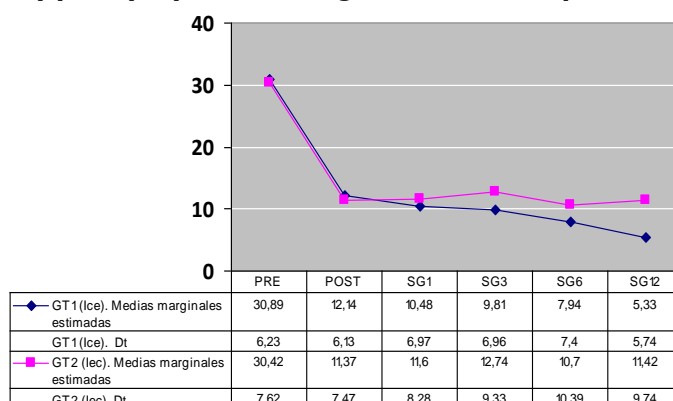
MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.208$	n.s. (0.650)	0.073
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 120.290$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 0.017$	n.s. (0.896)	0.052
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 0.058$	n.s. (0.811)	0.056
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 95.406$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 0.344$	n.s. (0.560)	0.089
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 0.616$	n.s. (0.436)	0.120
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 108.427$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 1.543$	n.s. (0.220)	0.230
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,59) = 0.426$	n.s. (0.516)	0.098
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,59) = 106.970$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,59) = 1.312$	n.s. (0.257)	0.203
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 2.190$	n.s. (0.935)	0.305
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 131.095$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 6.031$	* 0.018	0.672

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Figura 7.30. Evolución en la puntuación Escala total TEPT pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas



Así mismo, resultó significativo el efecto de la covariable antecedentes de suicidio en el postratamiento [$F(1,65)=4.232$, $p=0.044$], seguimiento a los 3 meses [$F(1,55)=6.974$, $p=0.001$], seguimiento a los 6 [$F(1,59)=7.586$, $p=0.020$] y doce meses [$F(1,51)=9.588$, $p=0.003$].

Subescala Reexperimentación (tabla 7.80 y figura 7.31). Los resultados del ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,65)=74.250$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,65)=0.098$, n.s.] y de interacción entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,65)=0.095$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento al mes se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,60)=63.986$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,60)=1.020$, n.s.] y de interacción grupo*tiempo [$F(1,60)=0.006$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 3 meses indican un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,55)=73.684$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,55)=1.583$, n.s.] y de interacción grupo*tiempo [$F(1,55)=1.070$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 6 meses se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,59)=96.482$, $p=0.001$] y efecto no significativo tanto del tipo de grupo [$F(1,59)=0.272$, n.s.] como del efecto de interacción grupo*tiempo [$F(1,59)=0.165$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 12 meses revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,51)=149.705$, $p=0.001$], efecto significativo del tipo de grupo [$F(1,51)=4.472$, $p=0.040$] y efecto significativo de la interacción grupo*tiempo [$F(1,51)=5.818$, $p=0.020$] en la puntuación total del TEPT. Así mismo, resultó significativo el efecto de la covariable antecedentes de suicidio en el seguimiento a los 6 meses [$F(1,59)=5.716$, $p=0.020$] y doce meses [$F(1,51)=14.180$, $p=0.001$].

Subescala Evitación (tabla 7.81 y figura 7.32). Los resultados del ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,65)=93.522$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,65)=0.271$, n.s.] y de interacción entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,65)=0.547$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento al mes se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,60)=62.963$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,60)=0.062$, n.s.] y de interacción grupo*tiempo [$F(1,60)=0.013$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 3 meses indican un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,55)=73.264$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,55)=1.510$, n.s.] y de interacción grupo*tiempo [$F(1,55)=0.047$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 6 meses se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,59)=83.415$, $p=0.001$] y efecto no significativo tanto del tipo de grupo [$F(1,59)=1.583$, n.s.] como del efecto de interacción grupo*tiempo [$F(1,59)=2.045$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 12 meses revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,51)=80.850$, $p=0.001$], efecto significativo del tipo de grupo [$F(1,51)=4.455$, $p=0.040$] y efecto no significativo de la interacción grupo*tiempo [$F(1,51)=2.584$, n.s.]. Así mismo, resultó significativo el efecto de la covariable antecedentes de suicidio en el seguimiento a los 6 meses [$F(1,59)=6.550$, $p=0.013$] y doce meses [$F(1,51)=5.780$, $p=0.020$].

Subescala Aumento de Activación (tabla 7.82 y figura 7.33). Los resultados del ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,65)=55.919$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,65)=0.476$, n.s.] y de interacción entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,65)=0.590$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento al mes se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,60)=58.313$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,60)=0.011$, n.s.] y de interacción grupo*tiempo [$F(1,60)=2.687$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 3 meses indican un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,55)=55.351$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,55)=0.021$, n.s.] e interacción grupo*tiempo [$F(1,55)=2.133$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 6 meses se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,59)=53.251$, $p=0.001$] y efecto no significativo tanto del tipo de grupo [$F(1,59)=0.096$, n.s.] como del efecto de interacción grupo*tiempo [$F(1,59)=0.876$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 12 meses revelan un efecto significativo del factor

tiempo [$F(1,51)=63.075$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,51)=0.066$, n.s.] y de interacción grupo*tiempo [$F(1,51)=3.093$, n.s.]. Así mismo, resultó significativo el efecto de la covariable antecedentes de suicidio en el seguimiento a los 6 meses [$F(1,59)=4.236$, $p=0.044$] y doce meses [$F(1,51)=9.237$, $p=0.004$].

Tabla 7.80: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Reexperimentación) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.098$	n.s. (0.755)	0.061
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 74.250$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 0.095$	n.s. (0.759)	0.061
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 1.020$	n.s. (0.317)	0.168
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 63.986$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 0.006$	n.s. (0.938)	0.051
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 1.583$	n.s. (0.214)	0.235
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 73.684$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 1.070$	n.s. (0.306)	0.174
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,59) = 0.272$	n.s. (0.604)	0.081
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,59) = 96.482$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,59) = 1.063$	n.s. (0.686)	0.068
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 4.472$	* 0.040	0.544
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 149.705$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 5.818$	* 0.020	0.656

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tabla 7.81: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Evitación) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.271$	n.s. (0.605)	0.081
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 93.522$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 0.547$	n.s. (0.462)	0.113
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 0.062$	n.s. (0.804)	0.057
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 62.963$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 0.013$	n.s. (0.909)	0.051
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 1.510$	n.s. (0.225)	0.226
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 73.264$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.047$	n.s. (0.829)	0.055
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,59) = 1.583$	n.s. (0.214)	0.235
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,59) = 86.415$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,59) = 2.045$	n.s. (0.158)	0.290
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 4.455$	* 0.040	0.543
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 80.850$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 2.584$	n.s. (0.115)	0.350

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tabla 7.82: ANCOVA. Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Puntuación Subescala Aumento de Activación) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,65)} = 0.476$	n.s. (0.493)	0.104
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,65)} = 55.919$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,65)} = 0.590$	n.s. (0.445)	0.118
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,60)} = 0.011$	n.s. (0.918)	0.051
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,60)} = 58.313$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,60)} = 2.687$	n.s. (0.107)	0.364
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,55)} = 0.021$	n.s. (0.885)	0.052
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,55)} = 55.351$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,55)} = 2.133$	n.s. (0.150)	0.299
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,59)} = 0.096$	n.s. (0.758)	0.061
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,59)} = 53.251$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,59)} = 0.876$	n.s. (0.353)	0.151
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,51)} = 0.066$	n.s. (0.798)	0.057
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,51)} = 63.075$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,51)} = 3.093$	n.s. (0.085)	0.406

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Figura 7.31. Evolución en la puntuación Subescala de Reexperimentación pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

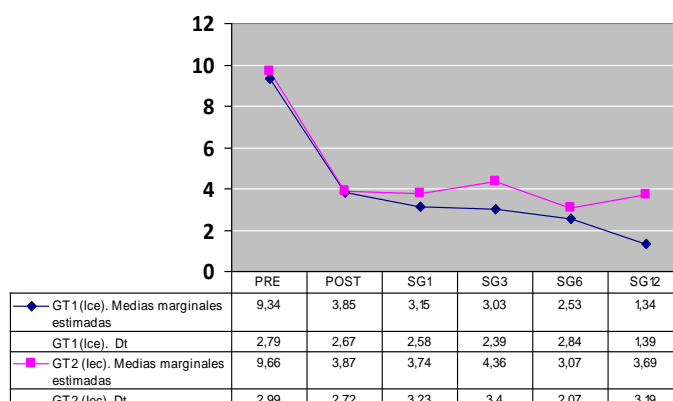


Figura 7.32. Evolución en la puntuación Subescala Evitación pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

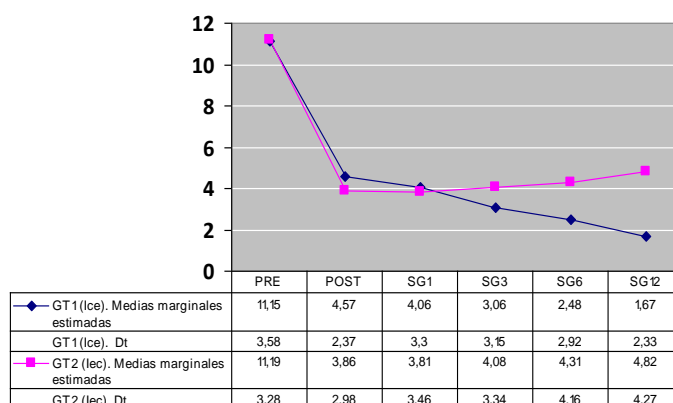
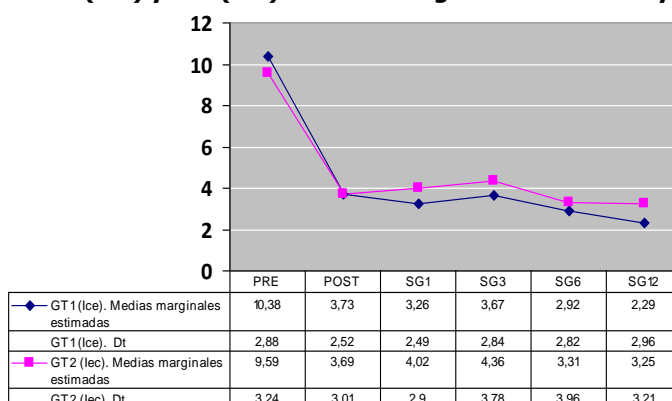


Figura 7.33. Evolución en la puntuación Subescala Aumento de Activación pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas



En los dos grupos se produce una marcada reducción de la sintomatología del TEPT, tanto en la puntuación total como en cada una de las subescalas y en cada momento de evaluación (véase los análisis de la *t* para muestras relacionadas para la variación de las puntuaciones en los diferentes momentos de evaluación en la tabla 7.83). La prueba *t* para medidas independientes no muestra resultados significativos en la mayoría de las medidas que indiquen diferencias entre los grupos.

Los resultados de ANCOVA y *t* permiten señalar que ambos tratamientos para la reducción del TEPT parecen alcanzar su propósito, ya que tanto el efecto intra-sujeto de factor tiempo (pre-post-seguimientos) como el valor de *t* para medidas relacionadas de comparación pre-post-seguimientos en los dos grupos y en todas las variables dependientes estudiadas son estadísticamente significativas. No se ha encontrado significación en el efecto inter-grupo de análisis ANCOVA en ninguna medida a excepción del seguimiento a los 12 meses de la subescala de evitación. Se ha obtenido un efecto significativo en la interacción entre los factores grupo*tiempo en el seguimiento al año de las variables puntuación total del TEPT y reexperimentación, obteniéndose también en ésta última diferencias significativas entre los grupos según la prueba *t* de medidas independientes. Para estudiar la dirección de estos efectos y determinar la solidez del resto de los resultados se ha llevado a cabo un análisis de la magnitud del tamaño del efecto a partir de la *d* de Cohen.

Por otro lado, la potencia de la investigación (ver tablas ANCOVA 7.79 a 7.82) es adecuada para las comparaciones intra-sujeto (valores de 1). En las comparaciones inter-grupo la potencia es baja en todas las medidas, lo que podría tener que ver con el tamaño del efecto pequeño y con el reducido tamaño muestral más que con una ausencia de diferencias entre los dos grupos.

Tabla 7.83: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), en la Escala Global de TEPT y Subescalas

VARIABLES	t medidas repetidas (gl)				t medidas independientes (gl)	
	GT1 (Ice)		GT2 (Iec)			
	t (gl)	Sig.*	t (gl)	Sig.*	t (gl)	Sig.*
Escala Global TEPT						
Pre-Post	12.849 (34)	*** 0.001	11.047 (29)	*** 0.001	1.194 (63)	n.s. (0.237)
Pre-Seg: 1 mes	12.485 (32)	*** 0.001	10.628 (26)	*** 0.001	0.190 (58)	n.s. (0.850)
Pre-Seg: 3 meses	13.586 (29)	*** 0.001	9.256 (24)	*** 0.001	-0.579 (53)	n.s. (0.304)
Pre-Seg: 6 meses	12.658 (31)	*** 0.001	9.192 (26)	*** 0.001	-0.074 (57)	n.s. (0.941)
Pre-Seg: 12 meses	15.332 (25)	*** 0.001	7.639 (24)	*** 0.001	-1.749 (39) ^†	n.s. (0.088)
Subescala: Reexperimentación						
Pre-Post	8.828 (34)	*** 0.001	8.109 (29)	*** 0.001	0.724 (63)	n.s. (0.472)
Pre-Seg: 1 mes	10.966 (32)	*** 0.001	8.048 (26)	*** 0.001	-0.337 (58)	n.s. (0.737)
Pre-Seg: 3 meses	11.379 (29)	*** 0.001	8.023 (24)	*** 0.001	-1.038 (53)	n.s. (0.304)
Pre-Seg: 6 meses	10.229 (31)	*** 0.001	9.497 (26)	*** 0.001	0.448 (57)	n.s. (0.656)
Pre-Seg: 12 meses	14.398 (25)	*** 0.001	7.245 (24)	*** 0.001	-2.118 (39) ^†	* 0.042
Subescala: Evitación						
Pre-Post	9.399 (34)	*** 0.001	11.074 (29)	*** 0.001	1.526 (63)	n.s. (0.132)
Pre-Seg: 1 mes	9.136 (32)	*** 0.001	9.592 (26)	*** 0.001	1.051 (58)	n.s. (0.297)
Pre-Seg: 3 meses	9.908 (29)	*** 0.001	8.713 (24)	*** 0.001	0.486 (53)	n.s. (0.629)
Pre-Seg: 6 meses	11.516 (31)	*** 0.001	8.395 (26)	*** 0.001	-0.687 (57)	n.s. (0.495)
Pre-Seg: 12 meses	11.126 (25)	*** 0.001	6.439 (24)	*** 0.001	-1.945 (39) ^†	n.s. (0.059)
Subescala: Aumento de Activación						
Pre-Post	10.336 (34)	*** 0.001	8.978 (29)	*** 0.001	0.652 (63)	n.s. (0.517)
Pre-Seg: 1 mes	10.014 (32)	*** 0.001	8.721 (26)	*** 0.001	-0.368 (58)	n.s. (0.715)
Pre-Seg: 3 meses	9.021 (29)	*** 0.001	6.294 (24)	*** 0.001	-0.201(53)	n.s. (0.841)
Pre-Seg: 6 meses	9.457 (31)	*** 0.001	6.778 (26)	*** 0.001	0.135 (57)	n.s. (0.893)
Pre-Seg: 12 meses	9.221 (25)	*** 0.001	7.061 (24)	*** 0.001	-0.534 (49)	n.s. (0.596)

Nota: * Nivel de significación (Sig.) $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

^ Grados de libertad corregidos

†No se cumple el supuesto de homocedasticidad

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento/ GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tamaño del Efecto

El tamaño del efecto intra-sujeto (tabla 7.84) es alto en ambos grupos, observándose promedios superiores en el GT1 tanto en la puntuación total del TEPT como en los grupos de síntomas. Así, en el GT1 el promedio en la puntuación total de TEPT es de 3.25 y 2.52 en la subescala de reexperimentación, 2.38 en evitación y 2.42 en aumento de activación. En el GT2 se obtiene un promedio de 2.32 en la puntuación total de TEPT y 1.98 en la subescala de reexperimentación, 2.14 en evitación y 1.81 en aumento de activación. El tamaño del efecto inter-grupo muestra que la magnitud del tamaño del efecto es bajo en todas las medidas, obteniéndose valores moderados en la puntuación total del TEPT y subescalas de reexperimentación y evitación a favor del GT1 en el seguimiento al año, tal y como puede apreciarse en la tabla 7.84. Estos resultados indican que no hay grandes diferencias entre los grupos en relación al efecto del tratamiento aplicado.

Tabla 7.84: Tamaño del efecto: d de Cohen. Grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), en la Escala Global del TEPT y Subescalas al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES	GT1 (Ice)			GT2 (Iec)			
	Intra-grupo			Intra-grupo			
Medida y Momento de Evaluación Escala Global	PRE Media (DT)	POST/SEGs Media (DT)	Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo	PRE Media (DT)	POST/SEGs Media (DT)	Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo	Tamaño del Efecto *(d) Inter-grupo
Pre-Postratamiento	31.11 (6.23)	12.71 (6.13)	2.98	30.17 (7.62)	10.70 (7.47)	2.58	0.30
Pre-Seguimiento: 1 mes	30.88 (6.26)	11.15 (6.97)	2.98	30.33 (7.75)	10.78 (8.28)	2.44	0.05
Pre-Seguimiento: 3 meses	30.90 (6.55)	10.57 (6.96)	3.01	30.36 (8.05)	11.84 (9.33)	2.13	0.16
Pre-Seguimiento: 6 meses	31.16 (6.51)	9.13 (7.40)	3.16	30.22 (7.75)	9.30 (10.39)	2.28	0.02
Pre-Seguimiento: 12 meses	31.35 (6.38)	6.38 (5.74)	4.11	29.76 (8.24)	10.32 (9.74)	2.15	0.50
Subescala: Reexperimentación							
Pre-Postratamiento	9.54 (2.79)	4.09 (2.67)	2.00	9.43 (2.99)	3.60 (2.72)	2.03	0.17
Pre-Seguimiento: 1 mes	9.27 (2.64)	3.30 (2.58)	2.29	9.63 (2.99)	3.56 (3.23)	1.95	0.09
Pre-Seguimiento: 3 meses	9.67 (2.82)	3.27 (2.39)	2.45	9.64 (3.08)	4.08 (3.40)	1.71	0.28
Pre-Seguimiento: 6 meses	9.69 (2.87)	2.94 (2.84)	2.36	9.44 (3.05)	2.59 (3.07)	2.24	0.12
Pre-Seguimiento: 12 meses	9.46 (2.79)	1.77 (1.39)	3.49	9.28 (2.95)	3.24 (3.19)	1.97	0.60
Subescala: Evitación							
Pre-Postratamiento	11.26 (3.58)	4.71 (2.37)	2.16	11.07 (3.28)	3.70 (2.98)	2.35	0.38
Pre-Seguimiento: 1 mes	11.36 (3.66)	4.36 (3.30)	2.01	11.19 (3.41)	3.44 (3.46)	2.26	0.32
Pre-Seguimiento: 3 meses	10.70 (3.32)	3.33 (3.15)	2.28	11.24 (3.47)	3.76 (3.34)	2.20	0.13
Pre-Seguimiento: 6 meses	11.34 (3.70)	3.03 (2.92)	2.49	11.22 (3.38)	3.67 (4.16)	1.99	0.18
Pre-Seguimiento: 12 meses	11.12 (3.65)	2.08 (2.33)	2.95	11.28 (3.48)	3.96 (4.27)	1.88	0.55
Subescala: Aumento activación							
Pre-Postratamiento	10.29 (2.88)	3.91 (2.52)	2.36	9.70 (3.24)	3.47 (3.01)	2.08	0.16
Pre-Seguimiento: 1 mes	10.21 (2.81)	3.48 (2.49)	2.54	9.56 (3.17)	3.74 (2.90)	1.64	0.10
Pre-Seguimiento: 3 meses	10.17 (2.88)	3.90 (2.84)	2.19	9.52 (3.18)	4.08 (3.78)	1.56	0.05
Pre-Seguimiento: 6 meses	10.09 (2.93)	3.16 (2.82)	2.41	9.59 (3.21)	3.04 (3.96)	1.82	0.04
Pre-Seguimiento: 12 meses	10.35 (3.05)	2.54 (2.96)	2.60	9.24 (3.27)	3.00 (3.21)	1.93	0.15

* Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Segs=Seguimientos/ GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva/ DT=Desviación Típica

Significación Clínica

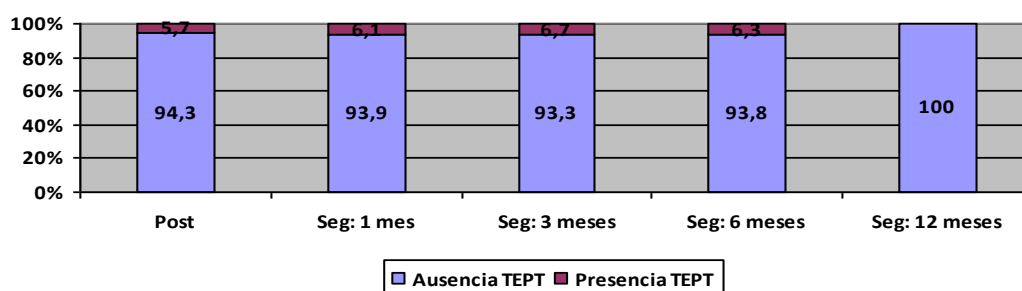
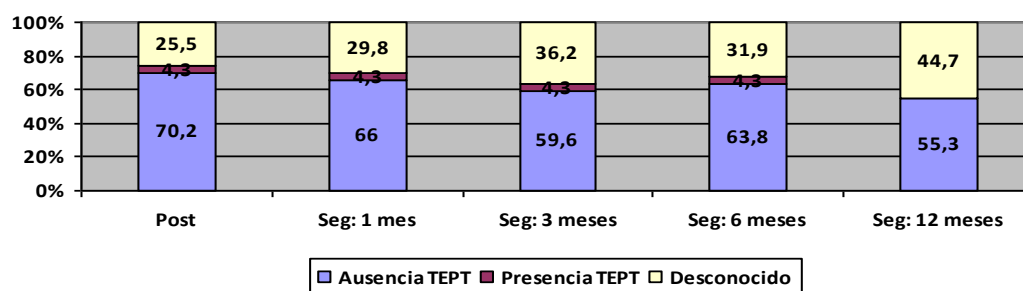
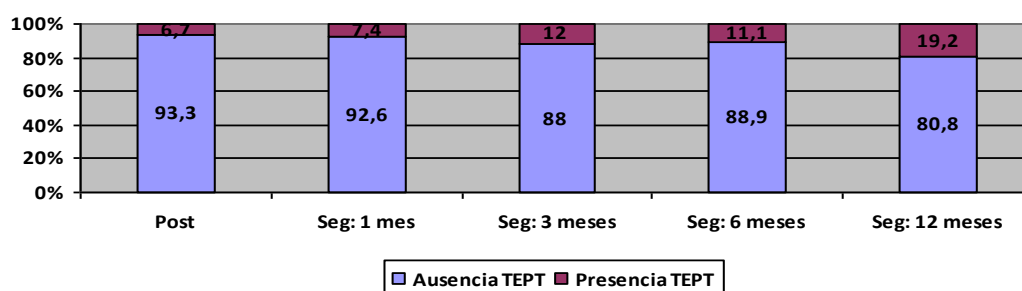
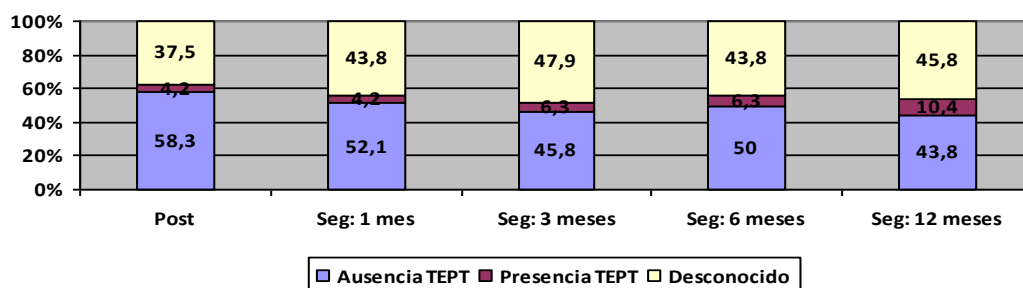
Ambos grupos se alcanzan niveles significativos de recuperación clínica en términos de presencia-ausencia de diagnóstico TEPT (tabla 7.85 y figuras 7.34 a 7.37) y mejora significativa en la variable estudiada. Si tenemos en cuenta a la muestra que finaliza la terapia, se obtienen porcentajes entre el 90 y el 100% en el postratamiento y seguimientos en el GT1 y entre el 80.8 y 93.3% en el GT2, aumentando la distancia entre ellos en el seguimiento a los 12 meses.

Estos resultados se ven afectados si consideramos las participantes que inician el tratamiento, reduciéndose el porcentaje cerca de la mitad en ambos grupos.

Tabla 7.85: Distribución según diagnóstico de TEPT al tratamiento y seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Comparación de la muestra que inicia el tratamiento con la muestra que finaliza el tratamiento

GT1 (Ice)							
EVALUACIÓN		AUSENCIA TEPT		PRESENCIA TEPT		DESCONOCIDO	
		N	%	N	%	N	%
Postratamiento	FTT	33	94.3	2	5.7		
	ITT	33	70.2	2	4.3	12	25.5
Seguimiento: 1 mes	FTT	31	93.9	2	6.1		
	ITT	31	66.0	2	4.3	14	29.8
Seguimiento: 3 meses	FTT	28	93.3	2	6.7		
	ITT	28	59.6	2	4.3	17	36.2
Seguimiento: 6 meses	FTT	30	93.8	2	6.3		
	ITT	30	63.8	2	4.3	15	31.9
Seguimiento: 12 meses	FTT	26	100.0				
	ITT	26	55.3			21	44.7
GT2 (Iec)							
EVALUACIÓN		AUSENCIA TEPT		PRESENCIA TEPT		DESCONOCIDO	
		N	%	N	%	N	%
Postratamiento	FTT	28	93.3	2	6.7		
	ITT	28	58.3	2	4.2	18	37.5
Seguimiento: 1 mes	FTT	25	92.6	2	7.4		
	ITT	25	52.1	2	4.2	21	43.8
Seguimiento: 3 meses	FTT	22	88.0	3	12.0		
	ITT	22	45.8	3	6.3	23	47.9
Seguimiento: 6 meses	FTT	24	88.9	3	11.1		
	ITT	24	50.0	3	6.3	21	43.8
Seguimiento: 12 meses	FTT	21	80.8	5	19.2		
	ITT	21	43.8	5	10.4	22	45.8

Abreviaturas: FTT=Finaliza Tratamiento / ITT=Inicia Tratamiento /GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Figura 7.34. Diagnóstico TEPT: GT1 (Ice) al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento**Figura 7.35. Diagnóstico TEPT: GT1 (Ice) al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento****Figura 7.36. Diagnóstico TEPT: GT2 (Iec) al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento****Figura 7.37. Diagnóstico TEPT: GT2 (Iec) al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia la terapia**

En cuanto a la comparación por grupos de síntomas, (ver tabla 7.86 y figuras 7.38 a 7.40) se observa nuevamente que todos mejoran y en ambos grupos, con porcentajes por encima de 60% en el postratamiento en los tres grupos de síntomas. A los 12 meses de finalizar el tratamiento se observan porcentajes más altos de mejoría en los tres grupos de síntomas en el GT1.

Tabla 7.86: Distribución según sintomatología de reexperimentación, evitación y aumento de activación al postratamiento y seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento

EVALUACIÓN	SÍNTOMAS	GT1 (Ice)				GT2 (Iec)			
		PRESENCIA SÍNTOMA		AUSENCIA SÍNTOMA		PRESENCIA SÍNTOMA		AUSENCIA SÍNTOMA	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Pretratamiento	Reexperimentación	46	97.9	1	2.1	48	100.0	0	0.0
	Evitación	46	97.9	1	2.1	48	100.0	0	0.0
	Aumento de Activación	47	100.0	0	0.0	46	95.8	2	4.2
Postratamiento	Reexperimentación	14	40.0	21	60.0	8	26.7	22	73.3
	Evitación	7	20.0	28	80.0	6	20.0	24	80.0
	Aumento de Activación	14	40.0	21	60.0	11	36.7	19	63.3
Seguimiento: 1 mes	Reexperimentación	9	27.3	24	72.7	7	25.9	20	74.1
	Evitación	9	27.3	24	72.7	4	14.8	23	85.2
	Aumento de Activación	12	36.4	21	63.6	13	48.1	14	51.9
Seguimiento: 3 meses	Reexperimentación	9	30.0	21	70.0	5	20.0	20	80.0
	Evitación	5	16.7	25	83.3	4	16.0	21	84.0
	Aumento de Activación	11	36.7	19	63.3	10	40.0	15	60.0
Seguimiento: 6 meses	Reexperimentación	7	21.9	25	78.1	5	18.5	22	81.5
	Evitación	4	12.5	28	87.5	5	18.5	22	81.5
	Aumento de Activación	6	18.8	26	81.3	5	18.5	22	81.5
Seguimiento: 12 meses	Reexperimentación	0	0.0	26	100.0	8	32.0	17	68.0
	Evitación	1	3.8	25	96.2	6	24.0	19	76.0
	Aumento de Activación	3	11.5	23	88.5	8	32.0	17	68.0

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Figura 7.38. Sintomatología de reexperimentación: comparación entre los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

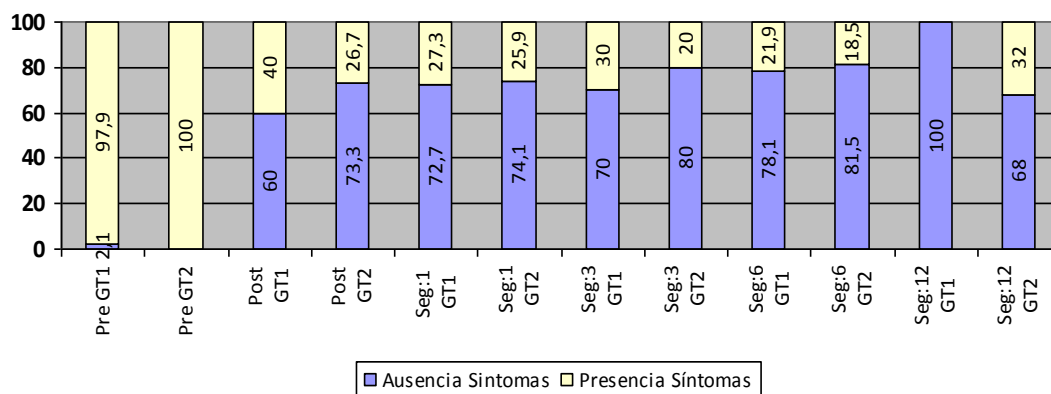


Figura 7.39. Sintomatología de evitación: comparación entre los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

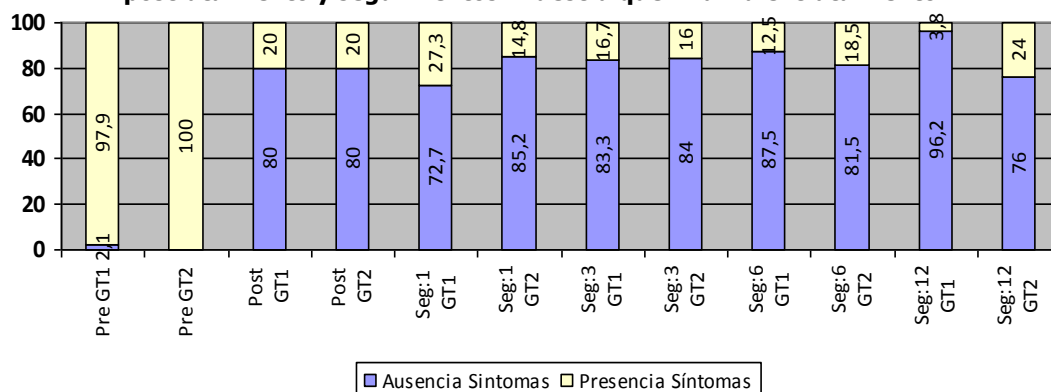
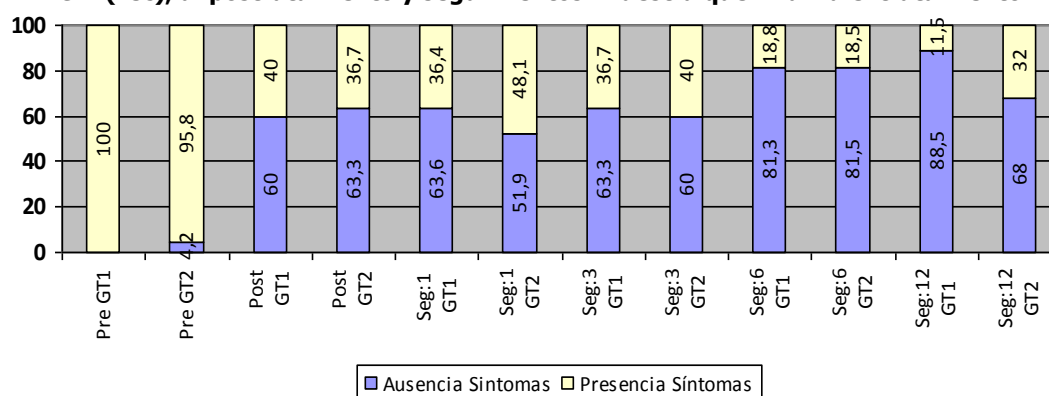


Figura 7.40. Sintomatología de aumento de activación: comparación entre los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento



Las diferencias observadas en la recuperación de las participantes entre los dos grupos no son estadísticamente significativas en la mayoría de las medidas, a excepción del seguimiento a los 12 meses en el diagnóstico TEPT y la subescala de reexperimentación (tabla 7.87).

Tabla 7.87: Prueba Chi-cuadrado (χ^2) intergrupo. Diagnóstico TEPT y Sintomatología Postraumática para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

VARIABLES Diagnóstico	MOMENTO Evaluación	χ^2 (gl, N)	Sig.*
TEPT	Pre-Postratamiento	0.025(1,65)	n.s. (1.000)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.043(1,60)	n.s. (1.000)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	0.469(1,55)	n.s. (0.650)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	0.446(1,59)	n.s. (0.652)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	5.532(1,52)	* 0.050
Subescala: Reexperimentación	Pre-Postratamiento	1.283(1,65)	n.s. (0.257)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.014(1,60)	n.s. (0.907)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	0.719(1,55)	n.s. (0.397)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	0.102(1,59)	n.s. (0.750)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	7.597(1,52)	* 0.006
Subescala: Evitación	Pre-Postratamiento	0.000(1,65)	n.s. (1.000)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	1.358 (1,60)	n.s. (0.244)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	0.000(1,55)	n.s. (1.000)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	0.077(1,59)	n.s. (0.782)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	2.835(1,52)	n.s. (0.092)
Subescala: Aumento activación	Pre-Postratamiento	0.076(1,65)	n.s. (0.783)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.848(1,60)	n.s. (0.357)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	0.064(1,55)	n.s. (0.800)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	0.001(1,59)	n.s. (0.982)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	3.154(1,52)	n.s. (0.076)

* Nivel De significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

n.a. No aplicable (es una constante)

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

7.2.2.2. Sintomatología concomitante: Cambios pretratamiento-postratamiento-seguimientos

7.2.2.2.1. Comparación grupo de tratamiento vs. grupo de no tratamiento

En el análisis de las variables dependientes, los resultados de ANCOVA realizados sobre las medidas de depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas, revelan un efecto significativo de interacción para todas las variables estudiadas excepto en la subescala de autopunición de la Escala de Cogniciones Postraumáticas. Una descripción detallada de los resultados comentados se expone a continuación y queda reflejado en las tablas 7.88 y 7.89 y figuras 7.41 a 7.44.

BDI. Los resultados de ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento (tabla 7.88 y figura 7.41) en la sintomatología depresiva, revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,74)=24.994$, $p=0.001$] y tipo de grupo [$F(1,74)=12.993$, $p=0.001$], con efecto de interacción significativo entre ambos factores [$F(1,74)=29.371$, $p=0.001$]. Este efecto de interacción indica que las participantes que recibieron tratamiento disminuyeron sus niveles de sintomatología depresiva al finalizarlo, mientras que las personas del grupo de no tratamiento no muestran cambios en la medida a lo largo del periodo de tiempo de espera, esto es, en los dos momentos de evaluación. Esto queda justificado estadísticamente por las pruebas t de medidas repetidas y medidas independientes (tabla 7.89) que indican que el grupo de tratamiento muestra una disminución estadísticamente significativa en sus puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck [$t(64)=10.314$, $p=0.001$], mientras que el grupo de no tratamiento no mostraba cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones desde la fase pretratamiento a la fase postratamiento [$t(20)=-0.446$, n.s.].

Escala de Autoestima. Los resultados de ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento (tabla 7.88 y figura 7.42) indican un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,74)=17.218$, $p=0.001$] y efecto significativo del tipo de grupo [$F(1,74)=12.083$, $p=0.001$], con efecto de interacción significativo entre ambos factores [$F(1,74)=21.039$, $p=0.001$]. Este efecto indica que las participantes que recibieron tratamiento incrementaron sus puntuaciones en autoestima al finalizarlo, mientras que el grupo control no muestran cambios. Esto queda justificado estadísticamente por las pruebas t de medidas repetidas y t de medidas independientes (tabla 7.89). El grupo de tratamiento muestra un aumento estadísticamente significativa en sus puntuaciones [$t(64)=-8.172$, $p=0.001$], mientras

que el grupo de no tratamiento no muestra cambios significativos del pretratamiento al postratamiento [$t(20)=0.764$, n.s.].

Escala de Inadaptación. Los resultados de ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento (tablas 7.88 y figura 7.43) para la inadaptación-puntuación total, revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,74)=8.069$, $p=0.006$] y efecto significativo del tipo de grupo [$F(1,74)=7.073$, $p=0.010$], matizado por el efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,74)=14.699$, $p=0.001$]. Este efecto de interacción indica que las personas que recibieron tratamiento disminuyeron sus puntuaciones en esta escala al postratamiento, mientras que las personas del grupo de no tratamiento no muestran cambios en la misma a lo largo del periodo de espera, en los dos momentos de evaluación. Las pruebas t de medidas repetidas y t de medidas independientes (tabla 7.89) indican que el grupo de tratamiento muestra una disminución estadísticamente significativa en sus puntuaciones [$t(64)=6.738$, $p=0.001$], mientras que en el grupo de no tratamiento no hay cambios [$t(20)=-0.505$, n.s.]. En las subescalas, los resultados de ANCOVA revelan efectos significativos en varias de las medidas intra-sujeto (a excepción de las subescalas de vida social, relación de pareja y vida familiar) e inter-grupo (excepto subescala de trabajo/estudios, relación de pareja, vida familiar e inadaptación global). No obstante, en todas las subescalas se produce efecto de interacción de los factores grupo*tiempo, indicando diferencias entre los grupos.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas. Los resultados de ANCOVA entre el pretratamiento y postratamiento (tablas 7.88 y figura 7.44) para las cogniciones postraumáticas-puntuación total, indican un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,74)=12.321$, $p=0.001$] y efecto significativo del tipo de grupo [$F(1,74)=8.839$, $p=0.004$], con efecto de interacción significativo entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,74)=8.858$, $p=0.004$]. La interacción indica nuevamente el beneficio del tratamiento. Las pruebas t de medidas repetidas (tabla 7.89) justifican una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones [$t(64)=7.727$, $p=0.001$] en el grupo que ha recibido tratamiento, frente al grupo de no tratamiento [$t(20)=-0.021$, n.s.] en relación a las puntuaciones totales del inventario. En las subescalas se detecta en ANCOVA un efecto significativo intra-sujeto para todas ellas, inter-grupo en las subescalas de cogniciones postraumáticas acerca de sí mismo y autopunición y efecto de interacción en todas excepto en autopunición.

Tabla 7.88: ANCOVA: Sintomatología concomitante pre y postratamiento para el grupo de tratamiento vs grupo de no tratamiento. Muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
BDI			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 12.993$	*** 0.001	0.945
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 24.944$	*** 0.001	0.998
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 29.371$	*** 0.001	1.000
Escala de Autoestima			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 12.083$	*** 0.001	0.929
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 17.218$	*** 0.001	0.984
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 21.039$	*** 0.001	0.995
Escala de Inadaptación (Puntuación total)			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 7.073$	* 0.010	0.746
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 8.069$	** 0.006	0.800
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 14.699$	*** 0.001	0.966
<i>Subescala: Inadaptación trabajo/estudios</i>			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 3.311$	n.s.(0.073)	0.435
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 9.176$	** 0.003	0.848
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 8.735$	** 0.004	0.830
<i>Subescala: Inadaptación vida social</i>			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 11.007$	*** 0.001	0.905
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 1.648$	n.s.(0.203)	0.245
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 9.837$	** 0.002	0.872
<i>Subescala: Inadaptación tiempo libre</i>			
Inter-grupo (tipo de grupo: tratamiento-no tratamiento)	$F_{(1,74)} = 6.625$	* 0.012	0.719
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 9.684$	** 0.003	0.866
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 13.636$	*** 0.001	0.954
<i>Subescala: Inadaptación relación de pareja</i>			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 3.325$	n.s.(0.072)	0.436
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 3.870$	n.s.(0.053)	0.492
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 4.300$	* 0.042	0.534
<i>Subescala: Inadaptación vida familiar</i>			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 0.107$	n.s.(0.744)	0.062
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 0.404$	n.s.(0.527)	0.096
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 4.652$	* 0.034	0.567
<i>Subescala: Inadaptación global</i>			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 1.961$	n.s.(0.166)	0.282
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 6.604$	* 0.012	0.717
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 6.715$	* 0.012	0.724
I. Cogniciones Postraumáticas (Puntuación total)			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 8.839$	** 0.004	0.835
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 12.321$	*** 0.001	0.933
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 8.858$	** 0.004	0.835
<i>Subescala: Acerca de sí mismo</i>			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 16.177$	*** 0.001	0.981
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 17.813$	*** 0.001	0.986
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 11.769$	*** 0.001	0.923
<i>Subescala: Acerca del mundo</i>			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 0.495$	n.s.(0.484)	0.107
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 6.187$	* 0.015	0.689
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 4.387$	* 0.040	0.542
<i>Subescala: Autopunición</i>			
Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,74)} = 5.374$	* 0.023	0.628
Intra-sujeto (tiempo: pre-post)	$F_{(1,74)} = 4.618$	* 0.035	0.564
Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,74)} = 3.340$	n.s.(0.072)	0.438

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Figura 7.41. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Puntuación BDI: medias y desviaciones típicas

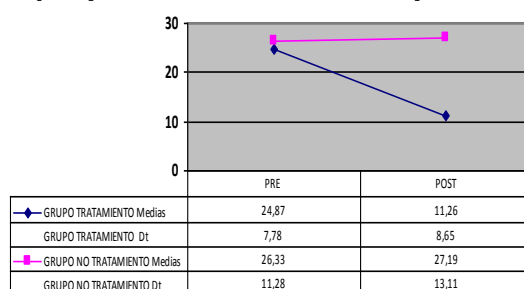


Figura 7.42. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Autoestima: medias y desviaciones típicas

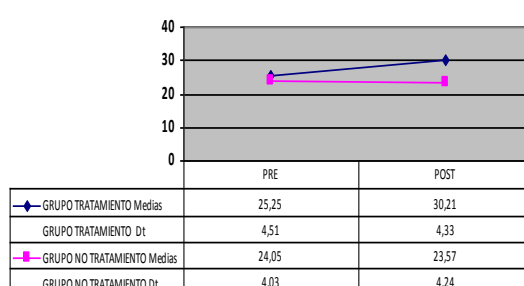


Figura 7.43. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Inadaptación-Puntuación total: medias y desviaciones típicas

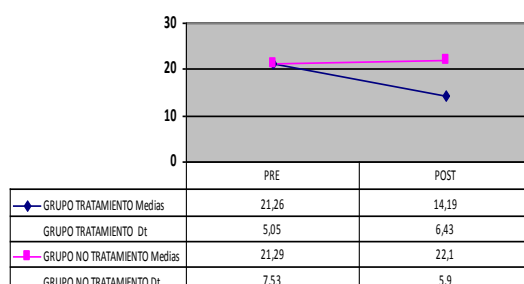


Figura 7.44. Efecto de la interacción tipo de grupo (tratamiento-no tratamiento)*tiempo (pre-post). Cogniciones Postraumáticas-Puntuación total: medias y desviaciones típicas

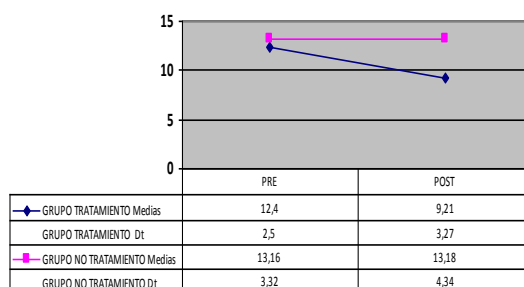


Tabla 7.89: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post para el grupo total de tratamiento y grupo de no tratamiento en las variables dependientes: Sintomatología concomitante y variables de adaptación

VARIABLES		t medidas repetidas (gl)	Sig.*	t medidas independientes (gl)	Sig.*
BDI	I	10.314 (64)	*** 0.001		
	0	-0.446 (20)	n.s. (0.66)	6.120 (72)	*** 0.0001
Escala de Autoestima	I	- 8.172 (64)	*** 0.001		
	0	0.764 (20)	n.s. (0.45)	-5.970(72)	*** 0.0001
Escala de Inadaptación	I	6.738 (64)	*** 0.001		
	0	- 0.505 (20)	n.s. (0.61)	4.876 (72)	*** 0.0001
<i>Subescala:</i> Inadaptación trabajo/estudios	I	6.953 (64)	*** 0.001		
	0	0.257 (20)	n.s. (0.80)	3.650 (72)	*** 0.0001
<i>Subescala:</i> Inadaptación vida social	I	4.430 (64)	*** 0.001		
	0	- 0.810 (20)	n.s. (0.42)	5.303 (72)	*** 0.0001
<i>Subescala:</i> Inadaptación tiempo libre	I	3.546 (64)	** 0.005		
	0	- 0.336 (20)	n.s. (0.74)	4.267 (72)	*** 0.0001
<i>Subescala:</i> Inadaptación relación de pareja	I	5.194 (64)	*** 0.001		
	0	- 0.146 (20)	n.s. (0.88)	2.990 (72)	** 0.004
<i>Subescala:</i> Inadaptación vida familiar	I	1.872 (64)	n.s. (0.66)		
	0	- 1.756 (20)	n.s. (0.09)	2.294 (72)	* 0.025
<i>Subescala:</i> Inadaptación global	I	6.588 (64)	*** 0.001		
	0	0.642 (20)	n.s. (0.52)	3.008 (72)	** 0.004
Inventario Cogniciones Postraumáticas	I	7.727 (64)	*** 0.001		
	0	- 0.021 (20)	n.s. (0.98)	4.267 (72)	*** 0.0001
<i>Subescala:</i> Acerca de sí mismo	I	8.487 (64)	*** 0.001		
	0	0.159 (20)	n.s. (0.87)	5.612 (72)	*** 0.0001
<i>Subescala:</i> Acerca del mundo	I	6.024 (64)	*** 0.001		
	0	0.095 (20)	n.s. (0.92)	2.189 (72)	* 0.032
<i>Subescala:</i> Autopunición	I	4.222 (64)	*** 0.001		
	0	- 0.160 (20)	n.s. (0.98)	3.263 (72)	** 0.002

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: I= grupo de tratamiento / 0= grupo de no tratamiento

Los resultados t de medidas repetidas en relación a los seguimientos en el grupo de tratamiento van en la misma dirección que los alcanzados en el postratamiento, así, se puede observar una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de todas las medidas y en cada momento de evaluación tal y como se puede apreciar en la tabla 7.90.

Así mismo, la potencia de la investigación (tabla ANCOVA 7.88) es alta tanto para las comparaciones intra-sujeto (0.835-1.000) como para las comparaciones inter-grupo (valores entre 0.719-0.981) en los casos en que se han encontrado diferencias significativas, disminuyendo la potencia en caso contrario. No obstante, la ausencia de diferencias entre los grupos en algunas de las medidas parecería más relacionada con el tamaño del efecto bajo encontrado en las comparaciones que por una falta de potencia del contraste para encontrarlas.

Tabla 7.90: Prueba t de Student (medidas repetidas): Análisis de variables dependientes pre-seguimientos del grupo total de tratamiento: Sintomatología concomitante y variables de adaptación. Muestra que finaliza seguimientos

VARIABLES		<i>t</i> (gl)	Sig.*
BDI	Pre-Seguimiento: 1 mes	11.515 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	9.643 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	12.038 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	13.936 (50)	*** 0.001
Escala de Autoestima	Pre-Seguimiento: 1 mes	-9.286 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	-7.855 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	-7.965 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	-9.267 (50)	*** 0.001
Escala de Inadaptación	Pre-Seguimiento: 1 mes	7.176 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	8.349 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	10.022 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	10.503 (50)	*** 0.001
<i>Subescala:</i> Inadaptación trabajo/estudios	Pre-Seguimiento: 1 mes	6.489 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	7.241 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	9.561 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	8.089 (50)	*** 0.001
<i>Subescala:</i> Inadaptación vida social	Pre-Seguimiento: 1 mes	4.480 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	6.025 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	6.235 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	7.631 (50)	*** 0.001
<i>Subescala:</i> Inadaptación tiempo libre	Pre-Seguimiento: 1 mes	6.547 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	7.378 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	9.728 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	11.347 (50)	*** 0.001
<i>Subescala:</i> Inadaptación relación de pareja	Pre-Seguimiento: 1 mes	6.001 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	5.071 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	7.095 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	8.335 (50)	*** 0.001
<i>Subescala:</i> Inadaptación vida familiar	Pre-Seguimiento: 1 mes	2.504 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	2.749 (54)	** 0.007
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.285 (58)	** 0.002
	Pre- Seguimiento: 12 meses	4.042 (50)	*** 0.001
<i>Subescala:</i> Inadaptación global	Pre-Seguimiento: 1 mes	6.819 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	8.640 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	10.045 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	8.095 (50)	*** 0.001
Inventario Cogniciones Postraumáticas	Pre-Seguimiento: 1 mes	8.879 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	7.752 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	8.382 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	8.765 (50)	*** 0.001
<i>Subescala:</i> Acerca de sí mismo	Pre-Seguimiento: 1 mes	7.388 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	8.727 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	8.386 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	9.448 (50)	*** 0.001
<i>Subescala:</i> Acerca del mundo	Pre-Seguimiento: 1 mes	8.130 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	6.228 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	7.119 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	7.839 (50)	*** 0.001
<i>Subescala:</i> Autopunición	Pre-Seguimiento: 1 mes	5.543 (59)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.884 (54)	*** 0.001
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.702 (58)	*** 0.001
	Pre- Seguimiento: 12 meses	4.493 (50)	*** 0.001

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo

Tamaño del Efecto

El tamaño del efecto pre-postratamiento (tabla 7.91) intra-grupo en el grupo de tratamiento y en las variables evaluadas, esto es, BDI, Autoestima, Inadaptación y Cogniciones Postraumáticas es alto (valores superiores a 0.80), a excepción de las subescalas de inadaptación vida social, relación de pareja y vida familiar y subescalas de cogniciones postraumáticas acerca del mundo y autopenición, que presentan valores moderados. El tamaño del efecto intra-sujeto en el grupo de no tratamiento es bajo en todas las medidas. El tamaño del efecto inter-grupo es alto en la mayoría de las medidas evaluadas, 1.33 en el BDI, 1.31 en la Escala de Autoestima, 1.19 en la puntuación total de la Escala de Inadaptación y 1.01 en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

Tabla 7.91: Medias, desviaciones típicas y tamaño del efecto (d de Cohen) para los grupos de tratamiento y no tratamiento. Muestra que finaliza el tratamiento

VARIABLES Medida	GRUPO	PRE Media (Desviación Típica)	POST Media (Desviación Típica)	TAMAÑO DEL EFECTO (d)*	
				Intra-grupo	Inter-grupo T vs NT
BDI	I	25.00 (8.50)	11.69 (9.92)	1.44	1.33
	0	26.33 (11.28)	27.19 (13.11)	0.07	
Escala de Autoestima	I	25.00 (4.30)	29.74 (4.89)	1.03	1.31
	0	24.05 (4.03)	23.57 (4.25)	0.11	
Escala de Inadaptación	I	20.83 (5.85)	14.14 (6.88)	1.05	1.19
	0	21.29 (7.53)	22.10 (5.91)	0.12	
<i>Subescala: Inadaptación trabajo/estudios</i>	I	3.28 (1.28)	1.89 (1.39)	1.04	0.97
	0	3.38 (1.50)	3.29 (1.59)	0.06	
<i>Subescala: Inadaptación vida social</i>	I	3.05 (1.44)	2.05 (1.43)	0.70	1.19
	0	3.43 (1.50)	3.71 (1.27)	0.20	
<i>Subescala: Inadaptación tiempo libre</i>	I	3.75 (1.33)	2.34 (1.63)	0.95	1.03
	0	3.81 (1.36)	3.90 (1.09)	0.07	
<i>Subescala: Inadaptación relación de pareja</i>	I	3.94 (1.35)	2.92 (1.62)	0.68	0.82
	0	4.14 (1.35)	4.19 (1.29)	0.17	
<i>Subescala: Inadaptación vida familiar</i>	I	2.85 (1.80)	2.29 (1.60)	0.33	0.61
	0	2.48 (1.91)	3.29 (1.74)	0.44	
<i>Subescala: Inadaptación global</i>	I	3.92 (1.24)	2.66 (1.34)	0.98	0.79
	0	3.95 (1.28)	3.71 (1.27)	0.19	
Inventario Cogniciones Postraumáticas	I	12.45 (2.58)	9.26 (3.39)	1.06	1.01
	0	13.16 (3.33)	13.18 (4.35)	0.00	
<i>Subescala: Acerca de sí mismo</i>	I	3.73 (1.08)	2.41 (1.20)	1.16	1.36
	0	4.26 (1.28)	4.22 (1.68)	0.02	
<i>Subescala: Acerca del mundo</i>	I	5.04 (1.25)	4.00 (1.48)	0.76	0.60
	0	4.99 (1.32)	4.94 (1.79)	0.03	
<i>Subescala: Autopenición</i>	I	3.67 (1.39)	2.83 (1.39)	0.60	0.79
	0	3.91 (1.87)	3.97 (1.57)	0.03	

*Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos

Abreviaturas: I= grupo de tratamiento / 0= grupo de no tratamiento

Los resultados de la magnitud del tamaño del efecto intra-sujeto en el grupo de tratamiento y en relación a los seguimientos es alta para todos los momentos de evaluación y en cada medida, a excepción de la subescala de inadaptación de vida familiar, tal y como puede observarse en la tabla 7.92.

Tabla 7.92: Medias, desviaciones típicas y tamaño del efecto (d de Cohen) del grupo de tratamiento en los seguimientos. Muestra que finaliza seguimientos

VARIABLES Medida	MOMENTO de Evaluación	N	Media (Desviación Típica)	Media (Desviación Típica)	TAMAÑO DEL EFECTO (d)* Intra-grupo
BDI	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	25.38 (8.58)	11.13 (9.57)	1.57
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	25.22 (9.05)	11.65 (11.13)	1.34
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	25.25 (8.77)	8.78 (9.54)	1.80
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	25.82 (8.39)	7.73 (8.68)	2.12
Escala de Autoestima	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	24.78 (4.37)	30.32 (4.81)	1.20
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	24.93 (4.59)	30.16 (4.96)	1.09
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	25.05 (4.45)	30.92 (5.46)	1.18
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	25.16 (4.13)	31.94 (5.57)	1.38
Escala de Inadaptación	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	20.63 (5.98)	12.98 (7.26)	1.15
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	21.00 (5.65)	12.45 (7.71)	1.26
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	20.93 (5.50)	10.87 (7.65)	1.51
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	21.12 (5.20)	9.29 (7.29)	1.87
Escala de Inadaptación	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	3.28 (1.32)	1.80 (1.46)	1.06
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	3.31 (1.27)	1.69 (1.46)	1.18
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	3.29 (1.25)	1.34 (1.29)	1.53
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	3.41 (1.20)	1.29 (1.43)	1.60
<i>Subescala: Inadaptación trabajo/estudios</i>	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	3.03 (1.46)	1.93 (1.51)	0.74
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	3.15 (1.43)	1.82 (1.48)	0.91
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	3.10 (1.43)	1.71 (1.53)	0.94
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	3.14 (1.40)	1.29 (1.46)	1.29
<i>Subescala: Inadaptación vida social</i>	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	3.68 (1.36)	2.12 (1.64)	1.03
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	3.78 (1.29)	1.98 (1.63)	1.22
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	3.81 (1.28)	1.61 (1.63)	1.50
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	3.78 (1.25)	1.25 (1.50)	1.83
<i>Subescala: Inadaptación tiempo libre</i>	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	3.93 (1.40)	2.67 (1.59)	0.84
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	3.95 (1.41)	2.73 (1.68)	0.79
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	3.95 (1.38)	2.20 (1.78)	1.10
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	4.10 (1.24)	1.94 (1.77)	1.41
<i>Subescala: Inadaptación relación de pareja</i>	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	2.72 (1.80)	1.98 (1.50)	0.45
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	2.73 (1.80)	2.02 (1.58)	0.42
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	2.76 (1.78)	1.90 (1.61)	0.51
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	2.76 (1.77)	1.55 (1.54)	0.76
<i>Subescala: Inadaptación vida familiar</i>	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	3.93 (1.27)	2.60 (1.40)	0.99
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	4.04 (1.07)	2.35 (1.53)	1.28
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	3.97 (1.16)	2.02 (1.44)	1.22
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	3.92 (1.18)	2.10 (1.47)	1.36
<i>Subescala: Inadaptación global</i>	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	12.52 (2.55)	8.96 (3.47)	1.17
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	12.39 (2.65)	8.61 (3.81)	1.15
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	12.50 (2.65)	8.42 (3.64)	1.28
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	12.19 (2.44)	7.82 (3.43)	1.47
Inventario Cogniciones Postraumáticas	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	3.70 (1.07)	2.57 (1.31)	0.94
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	3.70 (1.09)	2.32 (1.27)	1.16
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	3.73 (1.11)	2.30 (1.23)	1.22
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	3.68 (1.03)	2.10 (1.11)	1.47
<i>Subescala: Acerca de sí mismo</i>	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	5.12 (1.20)	3.80 (1.51)	0.97
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	5.05 (1.27)	3.73 (1.65)	0.90
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	5.07 (1.25)	3.57 (1.60)	1.04
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	4.98 (1.16)	3.25 (1.58)	1.25
<i>Subescala: Acerca del mundo</i>	Pre-Seguimiento: 1 mes	60	3.69 (1.36)	2.60 (1.27)	0.83
	Pre-Seguimiento: 3 meses	55	3.62 (1.40)	2.56 (1.47)	0.74
	Pre-Seguimiento: 6 meses	59	3.68 (1.46)	2.59 (1.50)	0.74
	Pre- Seguimiento: 12 meses	51	3.50 (1.39)	2.48 (1.32)	0.75

* Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos

Significación Clínica

En términos de significación clínica, los síntomas de depresión disminuyen a lo largo del tiempo, mejorando la sintomatología desde el postratamiento hasta el seguimiento a los 12 meses. De las participantes que finalizan el tratamiento, aparecen asintomáticas en esta variable un 50% al postratamiento, mejorando hasta un 74.5% al año, sin embargo, si consideramos la muestra que inicia tratamiento entre el 31.6% al postratamiento y 44.2% al año muestran ausencia de diagnóstico. En relación a la autoestima, al postratamiento el 58.5% de las participantes que finalizan el tratamiento mejoran y presentan una autoestima alta. El porcentaje de mejoría aumenta en los seguimientos, hasta un 70.6%. Si consideramos la muestra total que inicia tratamiento, tanto en el postratamiento como en los seguimientos el porcentaje de alta autoestima está presente en alrededor del 40% de la muestra. Por último, en cuanto a la inadaptación, los resultados son semejantes a los obtenidos en el resto de medidas dependientes en cuanto a la mejoría progresiva en los seguimientos, aunque las cifras son menores a nivel global. El grupo que finaliza el tratamiento presenta adaptación en el 36.9% de la muestra al postratamiento y asciende hasta 66.7% en el último seguimiento, siendo estos resultados inferiores si consideramos todas las participantes que inician la intervención, observándose que oscilan entre 25.3% al postratamiento y 35.8% a los doce meses de seguimiento. No obstante, es necesario señalar que en el último seguimiento es en el que se ha dado una mayor pérdida de datos, de manera que es probable que no refleje adecuadamente la realidad del estudio. Los resultados pueden observarse en la tabla 7.93 y figuras 7.45 a 7.47 (dónde los datos perdidos se ilustran como las últimas observaciones registradas).

Tabla 7.93: Distribución de la muestra (tratamiento/no tratamiento) según sintomatología concomitante al postratamiento y seguimientos. Comparación de la muestra que inicia el tratamiento con la muestra que finaliza el tratamiento

BDI						
EVALUACIÓN	TIPO DE MUESTRA	AUSENCIA N (%)	LEVE N (%)	MODERADA N (%)	GRAVE N (%)	DESCONOCIDO N (%)
Pretratamiento		5 (5.3)	7 (7.4)	48 (50.5)	35 (36.8)	
Postratamiento	FTT	33 (50.8)	17 (26.2)	11 (16.9)	4 (6.2)	
	ITT	33 (34.7)	17 (17.9)	11 (11.6)	4 (4.2)	30 (31.6)
Seguimiento: 1 mes	FTT	30 (50.0)	16 (26.7)	11 (18.3)	3 (5.0)	
	ITT	30 (31.6)	16 (16.8)	11 (11.6)	3 (3.2)	35 (36.8)
Seguimiento: 3 meses	FTT	31 (56.4)	10 (18.2)	9 (16.4)	5 (9.1)	
	ITT	31 (32.6)	10 (10.5)	9 (9.5)	5 (5.3)	40 (42.1)
Seguimiento: 6 meses	FTT	42 (71.2)	10 (16.9)	4 (6.8)	3 (5.1)	
	ITT	42 (44.2)	10 (10.5)	4 (4.2)	3 (3.2)	36 (37.9)
Seguimiento: 12 meses	FTT	38 (74.5)	8 (15.7)	3 (5.9)	2 (3.9)	
	ITT	38 (40.0)	8 (8.4)	3 (3.2)	2 (2.1)	44 (46.3)

Abreviaturas: FTT=Finaliza Tratamiento / ITT=Inicia Tratamiento

Tabla 7.93: continuación

AUTOESTIMA				
EVALUACIÓN	TIPO DE MUESTRA	ALTA N (%)	BAJA N (%)	DESCONOCIDO N (%)
Pretratamiento		13 (13.7)	82 (86.3)	
Postratamiento	FTT	38 (58.5)	27 (41.5)	
	ITT	38 (40.0)	27 (28.4)	30 (31.6)
Seguimiento: 1 mes	FTT	39 (65.0)	21 (35.0)	
	ITT	39 (41.1)	21 (22.1)	35 (36.8)
Seguimiento: 3 meses	FTT	33 (60.0)	22 (40.0)	
	ITT	33 (34.7)	22 (23.2)	40 (42.1)
Seguimiento: 6 meses	FTT	40 (67.8)	19 (32.2)	
	ITT	40 (42.1)	19 (20.0)	36 (37.9)
Seguimiento: 12 meses	FTT	36 (70.6)	15 (29.4)	
	ITT	36 (37.9)	15 (15.8)	44 (46.3)
INDAPTACIÓN				
EVALUACIÓN	TIPO DE MUESTRA	ADAPTACIÓN N (%)	INADAPTACIÓN N (%)	DESCONOCIDO N (%)
Pretratamiento		4 (4.2)	91 (95.8)	
Postratamiento	FTT	24 (36.9)	41 (63.1)	
	ITT	24 (25.3)	41 (43.1)	30 (31.6)
Seguimiento: 1 mes	FTT	24 (40.0)	36 (60.0)	
	ITT	24 (25.3)	36 (37.9)	35 (36.8)
Seguimiento: 3 meses	FTT	26 (47.3)	29 (52.7)	
	ITT	26 (27.4)	29 (30.5)	40 (42.1)
Seguimiento: 6 meses	FTT	36 (61.0)	23 (39.0)	
	ITT	36 (37.9)	23 (24.2)	36 (37.9)
Seguimiento: 12 meses	FTT	34 (66.7)	17 (33.4)	
	ITT	34 (35.8)	17 (17.9)	43 (45.3)

Abreviaturas: FTT=Finaliza Tratamiento / ITT=Inicia Tratamiento

Figura 7.45. Diagnóstico BDI: Muestra total de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Comparación entre la muestra que inicia vs. finaliza la terapia

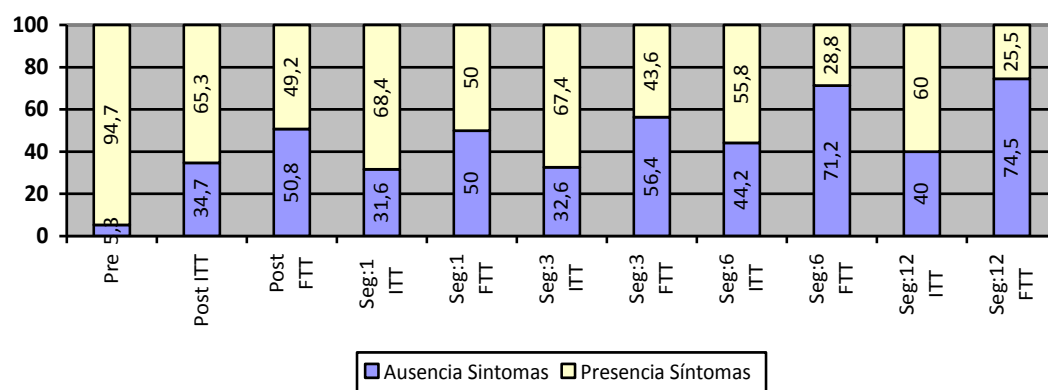


Figura 7.46. Diagnóstico Autoestima: Muestra total de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Comparación entre la muestra que inicia vs. finaliza la terapia

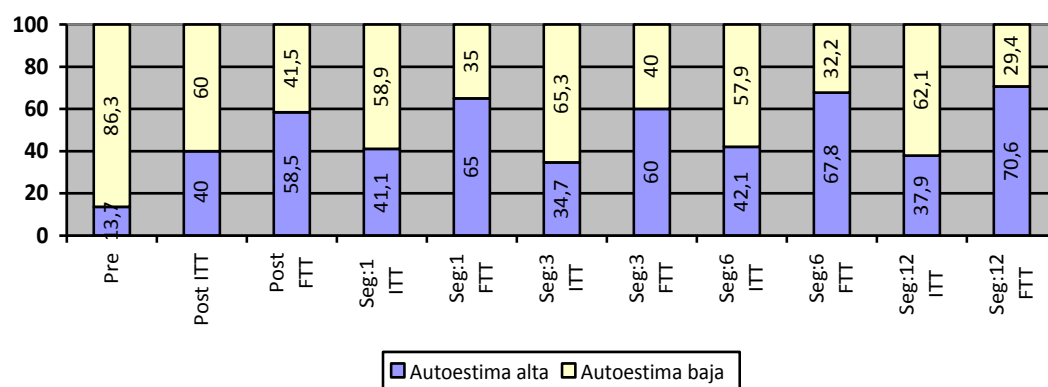
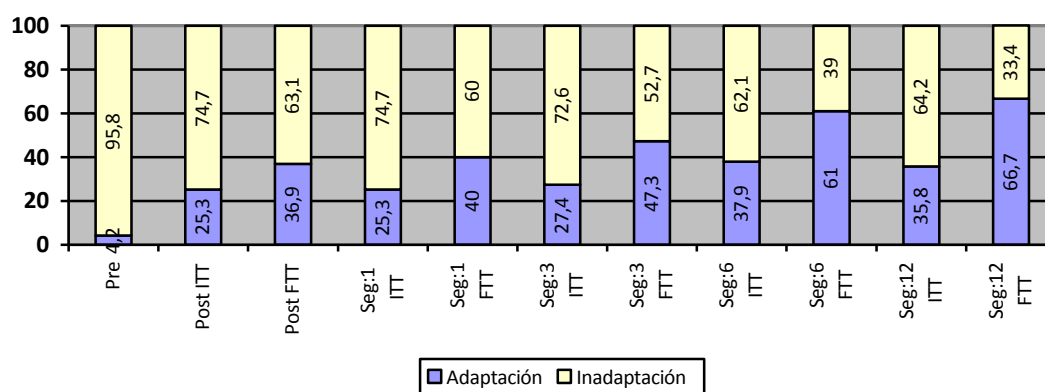


Figura 7.47. Diagnóstico Inadaptación: Muestra total de tratamiento al postratamiento y seguimientos. Comparación entre la muestra que inicia vs. finaliza la terapia



Las diferencias en términos de recuperación (ausencia de diagnóstico) que se aprecian entre los dos grupos (tratamiento-no tratamiento) están justificadas desde el punto de vista estadístico como puede observarse en la tabla 7.94.

Tabla 7.94: Prueba Chi-cuadrado (χ^2) intergrupo (tratamiento-no tratamiento): Diagnóstico de la sintomatología concomitante pre-post

VARIABLES	χ^2 (gl, N)	Sig.*
Diagnóstico Depresión (BDI)	23.91 (3,74)	* 0.001
Diagnóstico Escala Autoestima	9.82 (1,74)	* 0.002
Diagnóstico Escala Inadaptación	4.55 (1,74)	* 0.042

* Nivel de significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

7.2.2.2.2. Comparación formato de tratamiento: individual vs. grupal

Los resultados de ANCOVA, realizados sobre las medidas de depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas, revelaron ausencia de efecto significativo de interacción para la mayoría de las variables estudiadas y del factor inter-grupo, siendo significativo el factor intra-sujetos (tiempo) en alguno de los contrastes.

BDI. Los resultados del ANCOVA (véanse tabla 7.95 y figura 7.48) en la sintomatología depresiva, entre el pretratamiento y postratamiento revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,65)=7.199$, $p=0.009$] y efecto no significativo tanto del tipo de grupo [$F(1,65)=0.944$, n.s.] como de interacción entre factores [$F(1,65)=0.270$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento al mes se observa un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,60)=18.422$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,60)=0.357$, n.s.] y de la interacción grupo*tiempo [$F(1,60)=0.998$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 3 meses se observa ausencia de significación en el factor tiempo [$F(1,55)=1.686$, n.s.], el tipo de grupo [$F(1,55)=0.757$, n.s.] e interacción grupo*tiempo [$F(1,55)=0.051$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 6 meses revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,59)=7.900$, $p=0.007$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,59)=0.621$,

n.s.] y de la interacción grupo*tiempo [$F(1,59)=0.482$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 12 meses revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,51)=15.594$, $p=0.001$] y efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,51)=1.714$, n.s.] e interacción grupo*tiempo [$F(1,51)=0.410$, n.s.].

Escala de Autoestima. Los resultados de ANCOVA (tabla 7.96 y figura 7.49) en la autoestima, entre el pretratamiento y postratamiento no revelan efecto significativo del factor tiempo [$F(1,65)=2.338$, n.s.], del tipo de grupo [$F(1,65)=0.718$, n.s.] o interacción entre ambos factores grupo*tiempo [$F(1,65)=1.635$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento al mes indican un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,60)=8.017$, $p=0.006$], efecto no significativo del tipo de grupo [$F(1,60)=0.576$, n.s.] y efecto significativo de interacción grupo*tiempo [$F(1,60)=5.466$, $p=0.023$]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 3 meses se observa ausencia de significación en el factor tiempo [$F(1,55)=0.340$, n.s.], tipo de grupo [$F(1,55)=0.086$, n.s.] e interacción grupo*tiempo [$F(1,55)=0.321$, n.s.]. Entre el pretratamiento y seguimiento a los 6 meses no revelan efectos significativo en el factor tiempo [$F(1,59)=1.538$, n.s.], tipo de grupo [$F(1,59)=0.287$, n.s.] e interacción grupo*tiempo [$F(1,59)=0.290$, n.s.]. Los resultados entre el pretratamiento y seguimiento a los 12 meses no revelan un efecto significativo del factor tiempo [$F(1,51)=2.236$, n.s.], tipo de grupo [$F(1,51)=0.678$, n.s.] e interacción grupo*tiempo [$F(1,51)=0.290$, n.s.].

Escala de Inadaptación. Los resultados de ANCOVA (tabla 7.97 y figura 7.50) en inadaptación, en las diferentes comparaciones, indican ausencia de interacción para la mayoría de las medidas y en la mayor parte de los momentos de evaluación, a excepción del seguimiento a los doce meses en la subescala de relación de pareja [$F(1,51)=11.034$, $p=0.002$], seguimiento a los seis [$F(1,59)=4.625$, $p=0.036$] y doce meses [$F(1,51)=8.163$, $p=0.006$] en la puntuación total de la escala, subescala vida social [$F(1,58)=4.486$, $p=0.035$] y [$F(1,51)=4.469$, $p=0.040$] respectivamente y vida familiar [$F(1,58)=45.369$, $p=0.024$] y [$F(1,51)=4.337$, $p=0.043$], y por último, subescala tiempo libre a los tres meses [$F(1,55)=5.323$, $p=0.025$], seis meses [$F(1,59)=7.740$, $p=0.007$] y doce meses [$F(1,51)=7.882$, $p=0.007$]. No resultan significativos el factor inter-grupo o intra-sujeto, a excepción de algunas medidas en éste último como el seguimiento a los 12 meses en la puntuación total de la escala y en las subescalas trabajo-estudios, vida social, relación de pareja y global. La

subescala tiempo libre aparece significativo el factor intra-sujeto en los seguimientos a los 6 y 12 meses.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas. Los resultados de ANCOVA (tabla 7.98 y figura 7.51) en las cogniciones postraumáticas indican ausencia de interacción para la mayoría de las medidas y en la mayor parte de los momentos de evaluación, a excepción del postratamiento [$F(1,65)=5.710$, $p=0.020$] y seis meses [$F(1,58)=4.916$, $p=0.031$] en la subescala de autopunición. No resulta significativo el factor inter-grupo en ninguna de las medidas y resulta significativo el factor intra-sujeto en la mayoría de las mismas.

Tabla 7.95: ANCOVA: BDI (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para formato individual vs. grupal

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.944$	n.s. (0.335)	0.159
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 17.199$	** 0.009	0.752
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 0.270$	n.s. (0.606)	0.080
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 0.357$	n.s. (0.552)	0.090
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 18.422$	*** 0.001	0.988
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 0.998$	n.s. (0.322)	0.165
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 0.097$	n.s. (0.757)	0.061
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 1.686$	n.s. (0.200)	0.247
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.051$	n.s. (0.823)	0.056
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,58) = 0.621$	n.s. (0.434)	0.121
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,58) = 7.900$	** 0.007	0.788
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,58) = 0.482$	n.s. (0.490)	0.105
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 1.714$	n.s. (0.197)	0.249
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 15.594$	*** 0.001	0.972
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 0.410$	n.s. (0.525)	0.096

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Tabla 7.96: ANCOVA: Escala de Autoestima (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para el grupo de tratamiento de formato individual vs. grupal

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.718$	n.s. (0.400)	0.133
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 2.338$	n.s. (0.132)	0.325
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 1.635$	n.s. (0.206)	0.242
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 0.576$	n.s. (0.451)	0.116
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 8.017$	** 0.006	0.794
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 5.466$	* 0.023	0.632
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 0.086$	n.s. (0.771)	0.059
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 0.340$	n.s. (0.562)	0.088
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.321$	n.s. (0.573)	0.086
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,58) = 0.287$	n.s. (0.595)	0.082
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,58) = 1.538$	n.s. (0.220)	0.230
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,58) = 0.290$	n.s. (0.592)	0.083
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.678$	n.s. (0.415)	0.127
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 2.236$	n.s. (0.142)	0.310
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 0.290$	n.s. (0.593)	0.082

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Tabla 7.97: ANCOVA: Escala de Inadaptación pre-post-seguimientos para el formato individual vs. grupal

Individual vs. Grupal					
	MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Puntuación Total Escala de Inadaptación	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,65) = 0.028	n.s. (0.867)	0.053
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,65) = 0.162	n.s. (0.689)	0.068
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,65) = 1.907	n.s. (0.172)	0.274
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,60) = 0.313	n.s. (0.578)	0.085
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,60) = 2.038	n.s. (0.159)	0.289
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,60) = 1.847	n.s. (0.180)	0.266
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,55) = 0.216	n.s. (0.644)	0.074
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,55) = 0.837	n.s. (0.365)	0.146
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,55) = 1.267	n.s. (0.266)	0.197
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,58) = 0.084	n.s. (0.773)	0.059
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,58) = 1.369	n.s. (0.247)	0.210
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,58) = 4.625	* 0.036	0.560
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,51) = 0.007	n.s. (0.931)	0.051
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,51) = 12.888	*** 0.001	0.940
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,51) = 8.163	** 0.006	0.798
Subescala: Trabajo/Estudios	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,65) = 0.092	n.s. (0.763)	0.060
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,65) = 0.037	n.s. (0.848)	0.054
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,65) = 0.621	n.s. (0.409)	0.129
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,60) = 0.023	n.s. (0.880)	0.053
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,60) = 0.294	n.s. (0.590)	0.083
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,60) = 0.350	n.s. (0.557)	0.089
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,55) = 3.492	n.s. (0.068)	0.449
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,55) = 1.270	n.s. (0.265)	0.197
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,55) = 1.257	n.s. (0.268)	0.196
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,58) = 0.411	n.s. (0.524)	0.096
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,58) = 0.479	n.s. (0.492)	0.104
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,58) = 0.015	n.s. (0.902)	0.052
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,51) = 0.002	n.s. (0.964)	0.050
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,51) = 4.321	* 0.043	0.530
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,51) = 2.164	n.s. (0.148)	0.302
Subescala: Vida Social	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,65) = 0.568	n.s. (0.454)	0.115
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,65) = 0.574	n.s. (0.450)	0.116
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,65) = 0.007	n.s. (0.932)	0.051
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,60) = 0.006	n.s. (0.938)	0.051
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,60) = 7.967	* 0.047	0.516
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,60) = 0.728	n.s. (0.540)	0.093
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,55) = 0.784	n.s. (0.380)	0.140
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,55) = 0.064	n.s. (0.802)	0.057
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,55) = 0.246	n.s. (0.602)	0.081
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,58) = 0.077	n.s. (0.783)	0.059
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,58) = 1.977	n.s. (0.166)	0.282
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,58) = 4.686	* 0.035	0.566
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,51) = 0.078	n.s. (0.781)	0.059
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,51) = 12.160	*** 0.001	0.927
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,51) = 4.469	* 0.040	0.543
Subescala: Tiempo Libre	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,65) = 0.055	n.s. (0.815)	0.056
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,65) = 0.129	n.s. (0.720)	0.064
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,65) = 1.030	n.s. (0.314)	0.170
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,60) = 0.671	n.s. (0.416)	0.127
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,60) = 1.939	n.s. (0.170)	0.277
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,60) = 2.680	n.s. (0.107)	0.363
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,55) = 0.123	n.s. (0.727)	0.064
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,55) = 2.999	n.s. (0.090)	0.397
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,55) = 5.323	* 0.025	0.619
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,58) = 0.094	n.s. (0.760)	0.060
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,58) = 4.222	* 0.045	0.523
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,58) = 7.740	** 0.007	0.780
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,51) = 0.044	n.s. (0.781)	0.055
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,51) = 11.207	** 0.002	0.906
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,51) = 7.882	** 0.007	0.784

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Tabla 7.97: continuación

Tabla 7.97. continuación					
	MOMENTO	VARIABLES	CONTRASTE	SIGNIFICACIÓN	POTENCIA
Subescala: Relación de pareja	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,65) = 0.356	n.s. (0.553)	0.090
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,65) = 2.268	n.s. (0.137)	0.316
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,65) = 1.853	n.s. (0.179)	0.268
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,60) = 0.331	n.s. (0.567)	0.087
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,60) = 0.002	n.s. (0.968)	0.050
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,60) = 1.111	n.s. (0.297)	0.179
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,55) = 0.168	n.s. (0.684)	0.069
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,55) = 0.041	n.s. (0.841)	0.054
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,55) = 0.014	n.s. (0.908)	0.051
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,58) = 0.257	n.s. (0.615)	0.079
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,58) = 0.115	n.s. (0.736)	0.063
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,58) = 1.098	n.s. (0.299)	0.177
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,51) = 0.320	n.s. (0.574)	0.086	
	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,51) = 5.604	* 0.022	0.639	
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,51) = 11.034	** 0.002	0.901	
Subescala: Vida Familiar	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,65) = 0.063	n.s. (0.803)	0.057
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,65) = 0.055	n.s. (0.815)	0.056
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,65) = 2.976	n.s. (0.090)	0.396
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,60) = 0.306	n.s. (0.582)	0.084
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,60) = 1.103	n.s. (0.298)	0.178
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,60) = 2.578	n.s. (0.114)	0.351
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,55) = 0.039	n.s. (0.844)	0.054
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,55) = 2.623	n.s. (0.112)	0.355
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,55) = 3.990	n.s. (0.051)	0.499
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,58) = 0.003	n.s. (0.960)	0.050
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,58) = 0.008	n.s. (0.930)	0.051
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,58) = 5.369	* 0.024	0.624
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,51) = 0.145	n.s. (0.706)	0.066
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,51) = 2.230	n.s. (0.142)	0.309
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,51) = 4.337	* 0.043	0.531
Subescala: Global	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,65) = 0.741	n.s. (0.393)	0.135
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,65) = 0.015	n.s. (0.901)	0.052
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,65) = 0.737	n.s. (0.394)	0.135
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,60) = 0.513	n.s. (0.477)	0.108
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,60) = 3.018	n.s. (0.088)	0.400
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,60) = 0.646	n.s. (0.425)	0.124
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,55) = 0.136	n.s. (0.713)	0.065
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,55) = 1.885	n.s. (0.176)	0.270
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,55) = 1.252	n.s. (0.269)	0.195
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,58) = 0.433	n.s. (0.513)	0.099
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,58) = 1.174	n.s. (0.284)	0.186
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,58) = 1.509	n.s. (0.225)	0.226
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,51) = 0.841	n.s. (0.364)	0.146
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,51) = 4.295	* 0.044	0.527
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,51) = 0.589	n.s. (0.447)	0.117

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Tabla 7.98: ANCOVA: Inventario de Cogniciones Postraumáticas pre-post-seguimientos para el formato individual vs. grupal

	MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Puntuación total Inventario Cogniciones Postraumáticas	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.329$	n.s. (0.569)	0.213
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 4.434$	* 0.039	0.544
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 2.797$	n.s. (0.100)	0.377
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 1.341$	n.s. (0.252)	0.206
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 13.944$	*** 0.000	0.956
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 2.030$	n.s. (0.160)	0.288
	1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 0.274$	n.s. (0.603)	0.081
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 5.304$	* 0.026	0.617
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 1.108$	n.s. (0.298)	0.178
	3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,58) = 0.216$	n.s. (0.644)	0.074
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,58) = 8.482$	** 0.005	0.816
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,58) = 3.428$	n.s. (0.070)	0.444
	6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.027$	n.s. (0.871)	0.053
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 12.723$	*** 0.001	0.937
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 0.886$	n.s. (0.352)	0.151
Subescala: Cogniciones Postraumáticas sobre sí mismo	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.103$	n.s. (0.749)	0.061
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 5.944$	* 0.018	0.669
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 0.468$	n.s. (0.497)	0.103
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 0.105$	n.s. (0.747)	0.062
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 4.864$	* 0.032	0.582
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 0.471$	n.s. (0.495)	0.103
	1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 0.280$	n.s. (0.599)	0.081
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 2.626$	n.s. (0.112)	0.355
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.132$	n.s. (0.718)	0.065
	3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,58) = 0.003$	n.s. (0.954)	0.050
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,58) = 6.003$	* 0.018	0.672
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,58) = 1.491$	n.s. (0.187)	0.260
	6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.030$	n.s. (0.863)	0.053
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 7.189$	* 0.010	0.747
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 0.513$	n.s. (0.477)	0.108
Subescala: Cogniciones Postraumáticas sobre el mundo	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.104$	n.s. (0.748)	0.062
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 1.259$	n.s. (0.266)	0.197
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 0.693$	n.s. (0.409)	0.130
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 0.211$	n.s. (0.647)	0.074
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 10.191$	** 0.002	0.880
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 0.443$	n.s. (0.508)	0.100
	1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 0.057$	n.s. (0.599)	0.056
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 4.491$	* 0.039	0.547
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.652$	n.s. (0.718)	0.124
	3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,58) = 0.028$	n.s. (0.868)	0.053
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,58) = 2.844$	n.s. (0.098)	0.381
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,58) = 0.163$	n.s. (0.688)	0.068
	6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.314$	n.s. (0.578)	0.085
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 6.001$	* 0.018	0.669
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 0.029$	n.s. (0.874)	0.053
Subescala: Autopunición	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 1.561$	n.s. (0.217)	0.233
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 2.412$	n.s. (0.123)	0.333
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 5.710$	* 0.020	0.652
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 4.262$	* 0.044	0.527
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 10.326$	** 0.002	0.884
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 3.145$	n.s. (0.082)	0.414
	1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 1.049$	n.s. (0.311)	0.171
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 3.426$	n.s. (0.070)	0.442
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 1.554$	n.s. (0.218)	0.231
	3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,58) = 1.012$	n.s. (0.319)	0.167
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,58) = 6.684$	* 0.013	0.718
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,58) = 4.916$	* 0.031	0.586
	6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.635$	n.s. (0.430)	0.122
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 10.395$	** 0.002	0.884
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 2.548$	n.s. (0.117)	0.346

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Figura 7.48. Evolución en la puntuación BDI en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

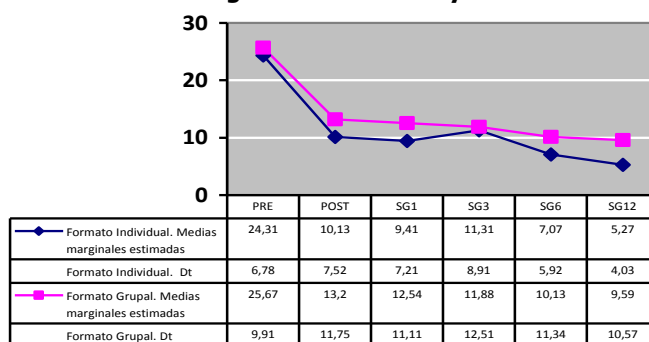


Figura 7.49. Evolución en la puntuación de la Escala de Autoestima en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

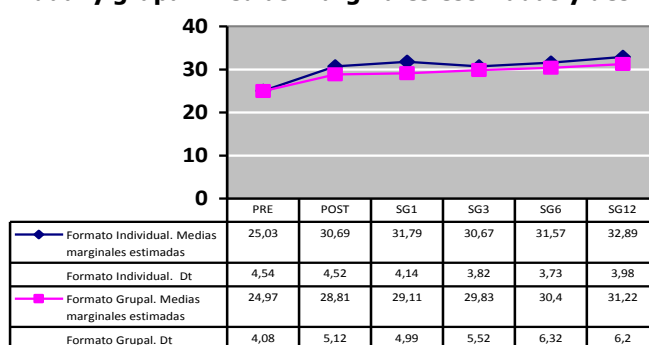


Figura 7.50. Evolución en la puntuación total de la Escala de Inadaptación en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

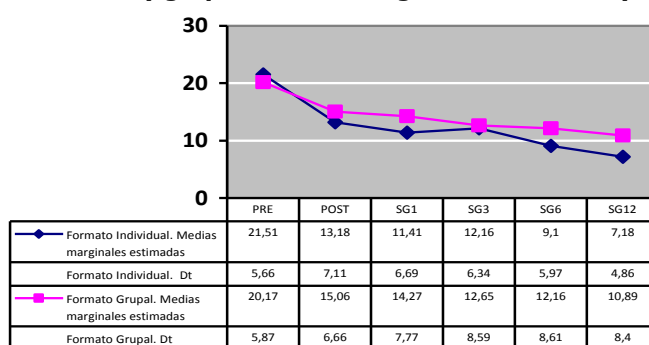
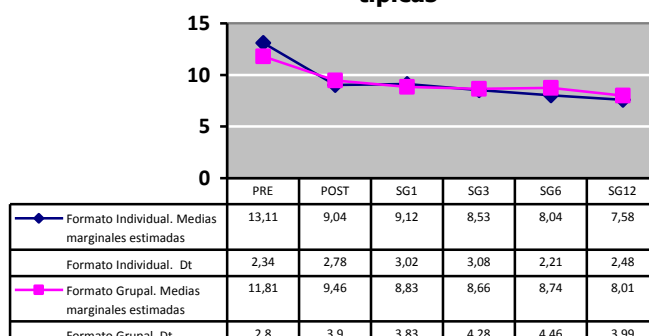


Figura 7.51. Evolución en la puntuación total de el Inventario de Cogniciones Postraumáticas en los grupos de formato individual y grupal: Medias marginales estimadas y desviaciones típicas



En ambos formatos de tratamiento se produce una marcada reducción de la sintomatología de depresión y cogniciones postraumáticas y mejora de la autoestima y adaptación, tanto en las puntuaciones totales de los instrumentos como en la mayoría de las subescalas y en cada momento de evaluación, esto es, al postratamiento y seguimientos (véanse los análisis de la *t* para muestras relacionadas para la variación de las puntuaciones en los diferentes momentos de evaluación en la tabla 7.99). A su vez, la *t* de medidas independientes indica ausencia de diferencias entre los grupos en la mayoría de las medidas y momentos de evaluación a excepción del seguimiento a los 12 meses, en el aparecen significativas las medidas de sintomatología depresiva, autoestima, inadaptación y subescalas de inadaptación en la vida social y de pareja.

Los resultados *t* permiten señalar que ambos tratamientos son eficaces para la reducción de la sintomatología concomitante y de adaptación, ya que el valor de *t* para medidas relacionadas de comparación pre-post-seguimientos en los dos formatos de intervención y en la mayoría de las variables dependientes estudiadas son estadísticamente significativas. Los resultados ANCOVA respecto a los efectos inter-grupo no han resultado significativos para la mayoría de las variables, sin embargo, la interacción entre el factor inter-grupo y factor intra-sujeto sí resulta significativa en algunas de las comparaciones, lo que sugiere que el cambio producido no es igual en ambas condiciones. La prueba *t* de medidas independientes sugiere a su vez algunas diferencias entre los grupos en el seguimiento al año y en varias de las medidas. Así, para desentrañar el significado de los resultados obtenidos a través de la *t* de medidas independientes, así como el efecto de la interacción tipo de grupo*tiempo en los casos en que ha resultado significativo se han llevado a cabo un análisis de la magnitud del tamaño del efecto.

Por otro lado, la potencia de la investigación (ver tablas ANCOVA 7.95 a 7.98) ha sido baja para todas aquellas comparaciones en las que no se han producido diferencias significativas, esto es, en las comparaciones inter-grupo y parte de las comparaciones intra-sujeto. La potencia ha resultado adecuada (valores muy cercanos 0.80 o superiores), en las comparaciones en que se ha obtenido a su vez un tamaño del efecto alto. Así, la ausencia de diferencias entre los grupos en parte de las medidas podría tener que ver con el tamaño del efecto pequeño o moderado y con el reducido tamaño muestral más que con una falta de potencia de contraste para detectarlas. Sin embargo, aquellas comparaciones con tamaño del efecto alto y suficiente potencia estadística pueden permitir el rechazo parcial de la hipótesis nula.

Tabla 7.99: Prueba t de comparación de medias: t de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y t de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post seguimientos para los formatos individual vs. grupal en las variables de adaptación y sintomatología concomitante

VARIABLES	t medidas repetidas (gl)				t medidas independientes (gl)	
	Formato Individual		Formato grupal			
	t (gl)	Sig.*	t (gl)	Sig.*	t (gl)	Sig.*
BDI	Pre-Post	8.370 (31)	*** 0.001	6.426 (32)	*** 0.001	1.157 (63) n.s. (0.251)
	Pre-Seg: 1 m	8.947 (26)	*** 0.001	7.649 (32)	*** 0.001	0.639 (55) [†] n.s. (0.525)
	Pre-Seg: 3 m	6.791 (21)	*** 0.001	6.994 (32)	*** 0.001	0.353 (53) n.s. (0.725)
	Pre-Seg: 6 m	10.842 (25)	*** 0.001	7.380 (32)	*** 0.001	1.960 (50) [†] n.s. (0.056)
	Pre-Seg:12 m	10.742 (21)	*** 0.001	9.345 (28)	*** 0.001	2.275 (38) [†] * 0.029
Escala de Autoestima	Pre-Post	-6.172 (31)	*** 0.001	-5.343 (32)	*** 0.001	-1.559 (63) [†] n.s. (0.124)
	Pre-Seg: 1 m	-7.008 (26)	*** 0.001	-6.408 (32)	*** 0.001	-2.379 (58) * 0.021
	Pre-Seg: 3 m	-5.049 (21)	*** 0.001	-5.969 (32)	*** 0.001	-1.528 (53) [†] n.s. (0.133)
	Pre-Seg: 6 m	-6.013 (25)	*** 0.001	-5.308 (32)	*** 0.001	-1.987 (53) [†] n.s. (0.052)
	Pre-Seg:12 m	-6.542 (21)	*** 0.001	-6.691 (28)	*** 0.001	-2.363 (48) [†] * 0.022
Escala de Inadaptación	Pre-Post	5.326 (31)	*** 0.001	4.460 (32)	*** 0.001	0.952 (63) n.s. (0.345)
	Pre-Seg: 1 m	5.141 (26)	*** 0.001	5.114 (32)	*** 0.001	0.410 (58) n.s. (0.683)
	Pre-Seg: 3 m	8.472 (21)	*** 0.001	4.905 (32)	*** 0.001	0.226 (53) n.s. (0.822)
	Pre-Seg: 6 m	10.997 (25)	*** 0.001	5.444 (32)	*** 0.001	1.596 (56) [†] n.s. (0.116)
	Pre-Seg:12 m	12.139 (21)	*** 0.001	5.908 (28)	*** 0.001	2.069 (46) [†] * 0.044
Subescala: Trabajo/Estudio	Pre-Post	6.103 (31)	*** 0.001	3.867 (32)	** 0.001	0.452 (63) n.s. (0.653)
	Pre-Seg: 1 m	5.057 (26)	*** 0.001	4.166 (32)	*** 0.001	-0.424 (58) n.s. (0.673)
	Pre-Seg: 3 m	5.929 (21)	*** 0.001	4.777 (32)	*** 0.001	-1.286 (53) n.s. (0.204)
	Pre-Seg: 6 m	7.420 (25)	*** 0.001	6.325 (32)	*** 0.001	-0.037 (57) n.s. (0.970)
	Pre-Seg:12 m	8.989 (21)	*** 0.001	4.275 (28)	*** 0.001	1.837 (45) [†] n.s. (0.073)
Subescala: Vida social	Pre-Post	2.698 (31)	* 0.01	4.013 (32)	*** 0.001	-0.262 (63) n.s. (0.794)
	Pre-Seg: 1 m	2.431 (26)	* 0.022	4.340 (32)	*** 0.001	-0.479 (58) n.s. (0.633)
	Pre-Seg: 3 m	4.827 (21)	*** 0.001	3.895 (32)	*** 0.001	0.000 (52) [†] n.s. (1.000)
	Pre-Seg: 6 m	5.849 (25)	*** 0.001	3.373 (32)	** 0.002	1.835 (57) n.s. (0.072)
	Pre-Seg:12 m	8.096 (21)	*** 0.001	4.070 (28)	*** 0.001	2.752 (44) [†] ** 0.009
Subescala: Tiempo	Pre-Post	4.247 (31)	*** 0.001	5.796 (32)	*** 0.001	0.426 (57) [†] n.s. (0.672)
	Pre-Seg: 1 m	5.371 (26)	*** 0.001	4.028 (32)	*** 0.001	1.299 (58) n.s. (0.199)
	Pre-Seg: 3 m	8.498 (21)	*** 0.001	3.949 (32)	*** 0.001	1.470 (53) n.s. (0.147)
	Pre-Seg: 6 m	12.408 (25)	*** 0.001	4.926 (32)	*** 0.001	2.071 (53) [†] * 0.043
	Pre-Seg:12 m	12.694 (21)	*** 0.001	6.453 (28)	*** 0.001	1.755 (47) [†] n.s. (0.086)
Subescala: Pareja	Pre-Post	4.932 (31)	*** 0.001	2.455 (32)	* 0.020	1.625 (58) [†] n.s. (0.110)
	Pre-Seg: 1 m	4.544 (26)	*** 0.001	4.036 (32)	*** 0.001	0.978 (58) n.s. (0.332)
	Pre-Seg: 3 m	3.879 (21)	*** 0.001	3.420 (32)	** 0.002	-0.162 (53) n.s. (0.872)
	Pre-Seg: 6 m	6.111 (25)	*** 0.001	4.232 (32)	*** 0.001	1.227 (57) n.s. (0.225)
	Pre-Seg:12 m	11.761 (21)	*** 0.001	4.020 (28)	*** 0.001	2.753 (49) [†] ** 0.008
Subescala: Vida familiar	Pre-Post	2.781 (31)	** 0.009	-0.157 (32)	n.s.(0.876)	0.669 (63) n.s. (0.506)
	Pre-Seg: 1 m	3.147 (26)	** 0.004	0.623 (32)	n.s.(0.538)	0.784 (58) n.s. (0.436)
	Pre-Seg: 3 m	3.760 (21)	*** 0.001	0.895 (32)	n.s.(0.377)	0.242 (53) n.s. (0.810)
	Pre-Seg: 6 m	5.025 (25)	*** 0.001	0.529 (32)	n.s.(0.601)	1.536 (57) n.s. (0.130)
	Pre-Seg:12 m	4.948 (21)	*** 0.001	1.494 (28)	n.s.(0.146)	0.599 (47) [†] n.s. (0.552)
Subescala: Global	Pre-Post	4.824 (31)	*** 0.001	4.530 (32)	*** 0.001	0.958 (63) n.s. (0.342)
	Pre-Seg: 1 m	4.052 (26)	*** 0.001	5.711 (32)	*** 0.001	-0.147 (58) n.s. (0.884)
	Pre-Seg: 3 m	7.551 (21)	*** 0.001	5.496 (32)	*** 0.001	0.107 (53) n.s. (0.915)
	Pre-Seg: 6 m	8.429 (25)	*** 0.001	6.286 (32)	*** 0.001	1.041 (55) [†] n.s. (0.303)
	Pre-Seg:12 m	7.122 (21)	*** 0.001	4.956 (28)	*** 0.001	1.296 (42) [†] n.s. (0.202)

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo ^ Grados de libertad corregidos †No se cumple el supuesto de homocedasticidad
Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Tabla 7.99: continuación

VARIABLES		<i>t</i> medidas repetidas (gl)				<i>t</i> medidas independientes (gl)	
		Formato Individual		Formato grupal			
		<i>t</i> (gl)	Sig.*	<i>t</i> (gl)	Sig.*	<i>t</i> (gl)	Sig.*
Cogniciones Postraumáticas	Pre-Post	8.216 (31)	*** 0.001	3.898 (32)	*** 0.001	0.739 (63)	n.s. (0.463)
	Pre-Seg: 1 m	7.929 (26)	*** 0.001	5.391 (32)	*** 0.001	-0.195 (58)	n.s. (0.846)
	Pre-Seg: 3 m	6.727 (21)	*** 0.001	4.973 (32)	*** 0.001	0.262 (53)	n.s. (0.795)
	Pre-Seg: 6 m	10.873 (25)	*** 0.001	4.347 (32)	*** 0.001	0.993 (49)^†	n.s. (0.326)
	Pre-Seg:12 m	8.178 (21)	*** 0.001	5.260 (28)	*** 0.001	1.174 (47)^†	n.s. (0.246)
Subescala: Sí mismo	Pre-Post	7.141 (31)	*** 0.001	5.096 (32)	*** 0.001	0.081 (63)	n.s. (0.936)
	Pre-Seg: 1 m	6.237 (26)	*** 0.001	4.562 (32)	*** 0.001	0.306 (56)^†	n.s. (0.761)
	Pre-Seg: 3 m	7.789 (21)	*** 0.001	5.587 (32)	*** 0.001	0.287 (53)	n.s. (0.775)
	Pre-Seg: 6 m	9.092 (25)	*** 0.001	4.529 (32)	*** 0.001	1.338 (51)^†	n.s. (0.187)
	Pre-Seg:12 m	9.017 (21)	*** 0.001	5.615 (28)	*** 0.001	1.519 (47)^†	n.s. (0.115)
Subescala: Mundo	Pre-Post	5.681 (31)	*** 0.001	3.188 (32)	** 0.003	0.415 (63)	n.s. (0.680)
	Pre-Seg: 1 m	6.410 (26)	*** 0.001	5.276 (32)	*** 0.001	-0.730 (58)	n.s. (0.469)
	Pre-Seg: 3 m	4.868 (21)	*** 0.001	4.131 (32)	*** 0.001	0.033 (53)	n.s. (0.974)
	Pre-Seg: 6 m	6.068 (25)	*** 0.001	4.402 (32)	*** 0.001	-0.048 (57)	n.s. (0.962)
	Pre-Seg:12 m	6.300 (21)	*** 0.001	5.067 (28)	*** 0.001	0.796 (49)^†	n.s. (0.445)
Subescala: Autopunición	Pre-Post	4.260 (31)	*** 0.001	1.947 (32)	n.s. (0.060)	1.333 (57)^†	n.s. (0.188)
	Pre-Seg: 1 m	4.248 (26)	*** 0.001	3.665 (32)	*** 0.001	-0.083 (58)	n.s. (0.934)
	Pre-Seg: 3 m	3.945 (21)	*** 0.001	3.251 (32)	*** 0.001	0.428 (53)	n.s. (0.670)
	Pre-Seg: 6 m	5.016 (25)	*** 0.001	2.430 (32)	* 0.021	1.178 (49)^†	n.s. (0.326)
	Pre-Seg:12 m	3.971 (21)	*** 0.001	2.697 (28)	* 0.012	0.776 (35)	n.s. (0.442)

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

^ Grados de libertad corregidos

†No se cumple el supuesto de homocedasticidad

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento

Tamaño del Efecto

Los resultados d de Cohen inter-grupo e intra- sujeto en la comparación entre formatos pueden observarse en la tabla 7.100. El tamaño del efecto intra-grupo es alto en ambos formatos, con un promedio de 2.27 en el BDI, 1.44 en Autoestima, 2.17 en la puntuación total de la Escala de Inadaptación (Subescalas: 1.69 trabajo/estudios, 1.27 vida social, 2.04 tiempo libre, 1.47 relación de pareja, 1.00 vida familiar y 1.55 global) y 1.79 en la puntuación total de Cogniciones Postraumáticas (Subescalas: 1.65 sí mismo, 1.20 mundo y 1.02 autopunición) para el formato individual y un promedio de 1.39 en el BDI, 1.01 en Autoestima, 0.97 en la puntuación total de la Escala de Inadaptación (Subescalas: 0.95 trabajo/estudios, 0.71 vida social, 0.94 tiempo libre, 0.67 relación de pareja, 0.17 vida familiar y 1.01 global) y 0.97 en la puntuación total de Cogniciones Postraumáticas (Subescalas: 0.95 sí mismo, 0.83 mundo y 0.57 autopunición) para el formato grupal. Los resultados indican que el cambio producido en las variables dependientes estudiadas es relevante en ambos grupos, a excepción de algunas de las subescalas del formato grupal. El tamaño del efecto inter-grupo muestra que la magnitud del tamaño del efecto es mayor para el formato individual frente al grupal, siendo bajo o moderado al postratamiento y seguimientos en la mayoría de las medidas.

Tabla 7.100: Tamaño del efecto: d de Cohen de los formatos de tratamiento individual y grupal en las variables de adaptación y sintomatología concomitante al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

	VARIABLES	Formato Individual <i>Intra-grupo</i>			Formato Grupal <i>Intra-grupo</i>			<i>Tamaño del Efecto* (d)</i> <i>Inter-grupo</i>
		PRE Media (DT)	POST/SEGs Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d)</i> <i>Intra-grupo</i>	PRE Media (DT)	POST/SEGs Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d)</i> <i>Intra-grupo</i>	
BDI	Pre-Postratamiento	24.03 (6.78)	10.25 (7.52)	1.92	25.94 (9.91)	13.09 (11.75)	1.18	0.29
	Pre-Seguimiento: 1 mes	24.70 (6.73)	10.30 (7.21)	2.06	25.94 (9.91)	11.82 (11.11)	1.34	0.16
	Pre-Seguimiento: 3 meses	24.14 (7.67)	11.00 (8.91)	1.58	25.94 (9.91)	12.09 (12.51)	1.23	0.10
	Pre-Seguimiento: 6 meses	24.38 (7.17)	6.27 (5.92)	2.75	25.94 (9.91)	10.76 (11.34)	1.42	0.48
	Pre-Seguimiento: 12 meses	23.82 (7.74)	4.95 (4.02)	3.06	27.34 (8.68)	9.83 (10.57)	1.81	0.58
Escala de Autoestima	Pre-Postratamiento	25.50 (4.54)	30.69 (4.52)	1.15	24.52 (4.08)	28.82 (5.12)	0.92	0.39
	Pre-Seguimiento: 1 mes	25.11 (4.76)	31.89 (4.14)	1.52	24.52 (4.08)	29.03 (4.99)	0.99	0.62
	Pre-Seguimiento: 3 meses	25.55 (5.31)	31.32 (3.82)	1.25	24.52 (4.08)	29.39 (5.52)	1.00	0.39
	Pre-Seguimiento: 6 meses	25.73 (4.87)	32.38 (3.73)	1.53	24.52 (4.08)	29.76 (6.32)	0.98	0.49
	Pre-Seguimiento: 12 meses	25.91 (4.88)	33.86 (3.98)	1.78	27.34 (8.68)	30.48 (6.20)	1.17	0.63
Escala de Inadaptación	Pre-Postratamiento	22.03 (5.66)	13.31 (7.11)	1.36	19.67 (5.87)	14.94 (6.66)	0.75	0.24
	Pre-Seguimiento: 1 mes	21.81 (6.01)	12.56 (6.69)	1.45	19.67 (5.87)	13.33 (7.77)	0.92	0.13
	Pre-Seguimiento: 3 meses	23.00 (4.76)	12.18 (6.34)	1.93	19.67 (5.87)	12.64 (8.59)	0.95	0.06
	Pre-Seguimiento: 6 meses	22.54 (4.63)	9.12 (5.97)	2.51	19.67 (5.87)	12.15 (8.61)	1.02	0.40
	Pre-Seguimiento: 12 meses	23.18 (4.02)	7.09 (4.86)	3.61	19.55 (5.50)	10.97 (8.40)	1.21	0.55
Subescala: Trabajo/Estudio	Pre-Postratamiento	3.57 (1.34)	1.81 (1.38)	1.29	3.00 (1.17)	1.97 (1.42)	0.79	0.11
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.63 (1.42)	1.89 (1.40)	1.23	3.00 (1.17)	1.73 (1.53)	0.93	0.11
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.78 (1.30)	2.00 (1.45)	1.29	3.00 (1.17)	1.48 (1.46)	0.95	0.36
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.66 (1.26)	1.35 (1.26)	1.83	3.00 (1.17)	1.33 (1.34)	1.08	0.02
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.91 (1.19)	0.91 (0.92)	2.82	3.03 (1.08)	1.59 (1.68)	1.02	0.48
Subescala Vida social	Pre-Postratamiento	3.16 (1.48)	2.09 (1.49)	0.72	2.94 (1.41)	2.00 (1.39)	0.67	0.06
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.15 (1.54)	2.04 (1.48)	0.73	2.94 (1.41)	1.85 (1.54)	0.74	0.13
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.45 (1.44)	1.82 (1.22)	1.20	2.94 (1.41)	1.82 (1.65)	0.73	0.00
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.31 (1.46)	1.31 (1.29)	1.45	2.94 (1.41)	2.03 (1.65)	0.59	0.48
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.32 (1.36)	0.73 (0.88)	2.26	3.00 (1.44)	1.72 (1.67)	0.82	0.71
Subescala Tiempo Libre	Pre-Postratamiento	3.97 (1.31)	2.25 (1.87)	1.06	3.55 (1.35)	2.42 (1.39)	0.82	0.10
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.85 (1.38)	1.81 (1.59)	1.37	3.55 (1.35)	2.36 (1.65)	0.82	0.34
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.14 (1.25)	1.59 (1.44)	1.98	3.55 (1.35)	2.24 (1.71)	0.85	0.40
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.15 (1.12)	1.15 (1.12)	2.68	3.55 (1.35)	1.97 (1.88)	0.96	0.52
	Pre-Seguimiento: 12 meses	4.09 (1.02)	0.86 (1.04)	3.13	3.55 (1.38)	1.55 (1.74)	1.27	0.47

* Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Segs=Seguimientos/ DT=Desviación Típica

Tabla 7.100: continuación

	VARIABLES Medida y Momento de Evaluación	Formato Individual <i>Intra-grupo</i>			Formato Grupal <i>Intra-grupo</i>			<i>Tamaño del Efecto* (d) Inter-grupo</i>
		PRE Media (DT)	POST/SEGS Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo</i>	PRE Media (DT)	POST/SEGS Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo</i>	
Subescala Pareja	Pre-Postratamiento	4.06 (1.29)	2.59 (1.81)	0.93	3.82 (1.42)	3.24 (1.37)	0.41	0.41
	Pre-Seguimiento: 1 mes	4.07 (1.38)	2.44 (1.69)	1.06	3.82 (1.42)	2.85 (1.50)	0.66	0.26
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.14 (1.39)	2.77 (1.54)	0.93	3.82 (1.42)	2.70 (1.79)	0.69	0.04
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.12 (1.34)	1.88 (1.63)	1.50	3.82 (1.42)	2.45 (1.87)	0.82	0.32
	Pre-Seguimiento: 12 meses	4.55 (0.74)	1.23 (1.41)	2.95	3.76 (1.43)	2.48 (1.84)	0.77	0.75
Subescala Vida familiar	Pre-Postratamiento	3.34 (1.66)	2.16 (1.69)	0.70	2.36 (1.82)	2.42 (1.54)	0.12	0.16
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.15 (1.72)	1.81 (1.49)	0.83	2.36 (1.82)	2.12 (1.52)	0.14	0.21
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.27 (1.67)	1.95 (1.46)	0.84	2.36 (1.82)	2.06 (1.68)	0.17	0.07
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.27 (1.64)	1.54 (1.30)	1.17	2.36 (1.82)	2.18 (1.79)	0.10	0.40
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.45 (1.59)	1.41 (1.10)	1.50	2.24 (1.75)	1.66 (1.82)	0.32	0.16
Subescala Global	Pre-Postratamiento	3.97 (1.31)	2.50 (1.44)	1.07	3.88 (1.19)	2.82 (1.24)	0.87	0.24
	Pre-Seguimiento: 1 mes	4.00 (1.39)	2.63 (1.24)	0.73	3.88 (1.19)	2.58 (1.54)	0.94	0.04
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.27 (0.83)	2.32 (1.21)	1.88	3.88 (1.19)	2.36 (1.73)	1.02	0.02
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.08 (1.13)	1.81 (1.06)	2.07	3.88 (1.19)	2.18 (1.68)	1.17	0.26
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.91 (1.19)	1.82 (0.85)	2.02	3.93 (1.19)	2.31 (1.79)	1.06	0.33
Cogniciones Postraumáticas	Pre-Postratamiento	12.72 (2.34)	8.94 (2.78)	1.47	12.19 (2.80)	9.56 (3.90)	0.79	0.18
	Pre-Seguimiento: 1 mes	12.93 (2.19)	9.06 (3.02)	1.47	12.19 (2.80)	8.88 (3.84)	0.98	0.05
	Pre-Seguimiento: 3 meses	12.69 (2.45)	8.44 (3.08)	1.87	12.19 (2.80)	8.72 (4.28)	0.96	0.07
	Pre-Seguimiento: 6 meses	12.89 (2.45)	7.93 (2.21)	2.12	12.19 (2.80)	8.82 (4.46)	0.90	0.24
	Pre-Seguimiento: 12 meses	12.19 (2.39)	7.21 (2.48)	2.04	12.19 (2.51)	8.28 (3.99)	1.20	0.31
Subescala Sí mismo	Pre-Postratamiento	3.82 (0.98)	2.40 (1.10)	1.36	3.64 (1.18)	2.42 (1.31)	0.98	0.02
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.77 (0.92)	2.51 (1.02)	1.30	3.64 (1.18)	2.61 (1.52)	0.76	0.08
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.77 (0.96)	2.26 (0.99)	1.55	3.64 (1.18)	2.36 (1.44)	0.97	0.08
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.85 (1.03)	2.08 (0.80)	1.93	3.64 (1.18)	2.48 (1.47)	0.87	0.33
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.68 (0.93)	1.84 (0.77)	2.15	3.69 (1.12)	2.29 (1.30)	1.15	0.36
Subescala Mundo	Pre-Postratamiento	5.16 (1.18)	3.93 (1.31)	0.99	4.92 (1.31)	4.08 (1.64)	0.56	0.10
	Pre-Seguimiento: 1 mes	5.37 (1.02)	3.96 (1.44)	1.13	4.92 (1.31)	3.68 (1.58)	0.85	0.18
	Pre-Seguimiento: 3 meses	5.25 (1.19)	3.72 (1.44)	1.16	4.92 (1.31)	3.73 (1.80)	0.75	0.01
	Pre-Seguimiento: 6 meses	5.26 (1.16)	3.58 (1.55)	1.23	4.92 (1.31)	3.56 (1.67)	0.91	0.01
	Pre-Seguimiento: 12 meses	4.97 (1.22)	3.06 (1.27)	1.53	4.99 (1.13)	3.39 (1.79)	1.07	0.21
Subescala Autopunición	Pre-Postratamiento	3.71 (1.27)	2.60 (1.11)	0.93	3.63 (1.52)	3.05 (1.60)	0.39	0.33
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.76 (1.15)	2.62 (1.22)	0.96	3.63 (1.52)	2.59 (1.33)	0.73	0.02
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.61 (1.23)	2.46 (1.09)	0.99	3.63 (1.52)	2.62 (1.69)	0.63	0.11
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.75 (1.40)	2.35 (0.90)	1.19	3.63 (1.52)	2.78 (1.83)	0.51	0.29
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.51 (1.19)	2.31 (1.11)	1.04	3.50 (1.54)	2.60 (1.46)	0.60	0.22

* Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Segs=Seguimientos/ DT=Desviación Típica

Significación Clínica

Si tenemos en cuenta a las participantes que inician el tratamiento (tabla 7.101 y figuras 7.52 a 7.54) las participantes mejoran en general en al menos un 40%.

En relación a los síntomas de depresión, en el formato de tratamiento individual el 40% de las participantes presentan ausencia de diagnóstico al postratamiento (teniendo en cuenta que todas las participantes presentan algún tipo de sintomatología depresiva en el pretratamiento), valores similares a los que se obtienen en el tratamiento grupal con un 30% de recuperación frente al 12.1% inicial que no presentan diagnóstico según las categorías del BDI. Estos valores mejoran ligeramente en los seguimientos a los 6 y 12 meses. En autoestima, al postratamiento el 17.8% de las participantes de tratamiento individual presentan bajos niveles de autoestima, el 53.3% mejoran y se recuperan desde el punto de vista clínico situándose en un 44.4% de mejoría al año. En el formato grupal pasan de un 97% de participantes con baja autoestima en el pretratamiento a un 38% en esta variable al postratamiento y 26% en el seguimiento al año. En cuanto a la adaptación, el formato individual presenta un nivel de inadaptación del 97.8% en el pretratamiento y se reduce hasta 40% al postratamiento decreciendo hasta alcanzar 8.9% en el último seguimiento. En el formato grupal del 90.9% que presenta inadaptación en el pretratamiento se reduce en el postratamiento a un 46% y disminuye al 26% al año.

Tabla 7.101: Distribución de los de los formatos de tratamiento individual y grupal en el diagnóstico de las variables de adaptación y sintomatología concomitante al postratamiento y seguimientos. Muestra que inicia el tratamiento

BDI						
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	AUSENCIA N (%)	LEVE N (%)	MODERADA N (%)	GRAVE N (%)	DESCONOCIDO N (%)
Pretratamiento	Ii	0 (0.0)	3 (6.7)	28 (62.2)	14 (31.1)	
	Ig	4 (12.1)	2 (6.1)	16 (48.5)	11(33.3)	
Postratamiento	Ii	18 (40.0)	8 (17.8)	6 (13.3)	0 (0.0)	13 (28.9)
	Ig	15 (30.0)	9 (18.0)	5 (10.0)	4 (8.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 1 mes	Ii	13 (28.9)	10 (22.2)	4 (8.9)	0 (0.0)	18 (40.0)
	Ig	17 (34.0)	6 (12.0)	7 (14.0)	3 (6.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 3 meses	Ii	12 (26.7)	5 (11.1)	5 (11.1)	0 (0.0)	23 (51.1)
	Ig	19 (38.0)	5 (10.0)	4 (8.0)	5 (10.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 6 meses	Ii	21 (46.7)	4 (8.9)	1 (2.2)	0 (0.0)	19 (42.2)
	Ig	21 (42.0)	6 (12.0)	3 (6.0)	3 (6.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 12 meses	Ii	20 (44.4)	2 (4.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (51.1)
	Ig	18 (36.0)	6 (12.0)	3 (6.0)	2 (4.0)	21 (42.0)

Abreviaturas: Ii-Formato Individual / Ig-Formato Grupal

Tabla 7.101: continuación

AUTOESTIMA				
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ALTA N(%)	BAJA N(%)	DESCONOCIDO N(%)
Pretratamiento	Ii	9 (20.0)	36 (80.0)	
	Ig	1 (3.0)	32 (97.0)	
Postratamiento	Ii	24 (53.3)	8 (17.8)	13 (28.9)
	Ig	14 (28.0)	19 (38.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 1 mes	Ii	21 (46.7)	6 (13.3)	18 (40.0)
	Ig	18 (36.0)	15 (30.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 3 meses	Ii	17 (37.8)	5 (11.1)	23 (51.1)
	Ig	16 (32.0)	17 (34.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 6 meses	Ii	22 (48.9)	4 (8.9)	19 (42.2)
	Ig	18 (36.0)	15 (30.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 12 meses	Ii	20 (44.4)	4 (4.4)	23 (51.1)
	Ig	16 (32.0)	13 (26.0)	21 (42.0)
INADAPTACIÓN				
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ADAPTACIÓN N(%)	INADAPTACIÓN N(%)	DESCONOCIDO N(%)
Pretratamiento	Ii	1 (2.2)	44 (97.8)	
	Ig	3 (9.1)	30 (90.9)	
Postratamiento	Ii	14 (31.1)	18 (40.0)	13 (28.9)
	Ig	10 (20.0)	23 (46.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 1 mes	Ii	13 (28.9)	14 (31.1)	18 (40.0)
	Ig	11 (22.0)	22 (44.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 3 meses	Ii	12 (26.7)	10 (22.5)	23 (51.1)
	Ig	14 (28.0)	19 (38.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 6 meses	Ii	20 (44.4)	6 (13.4)	19 (42.2)
	Ig	16 (32.0)	17 (34.0)	17 (34.0)
Seguimiento: 12 meses	Ii	18 (40.0)	4 (8.9)	23 (51.1)
	Ig	16 (32.0)	13 (26.0)	21 (42.0)

Abreviaturas: Ii-Formato Individual / Ig-Formato Grupal

Figura 7.52. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs. grupal. Muestra que inicia el tratamiento

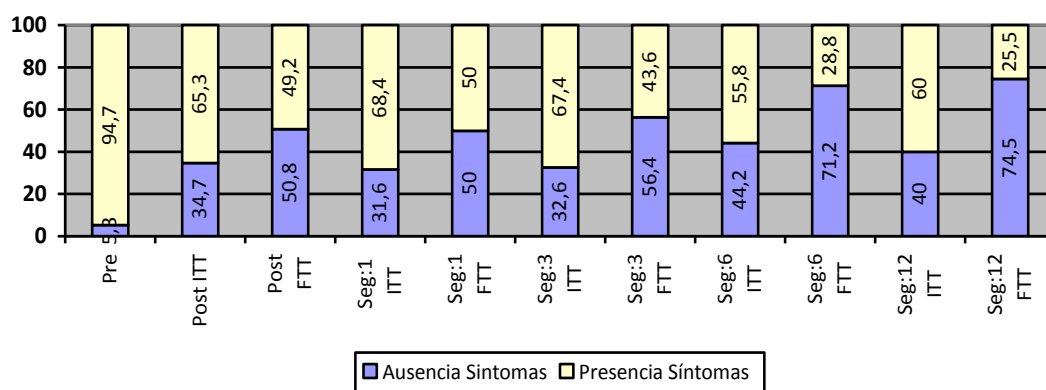


Figura 7.53. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs. grupal. Muestra que inicia el tratamiento

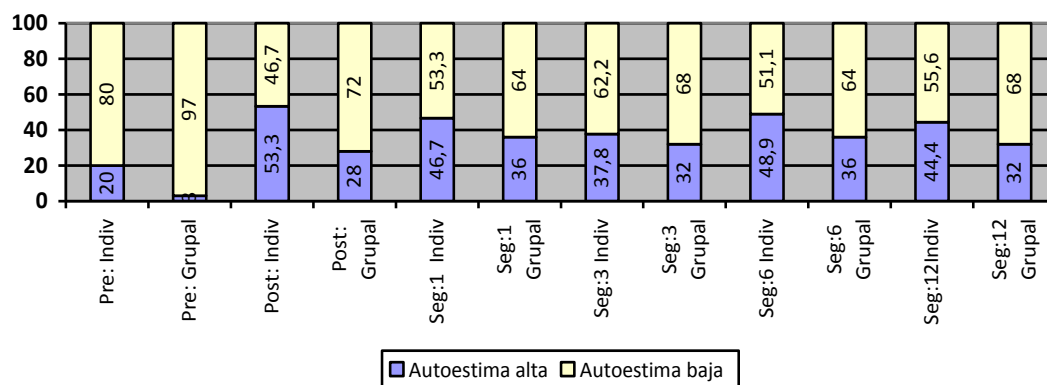
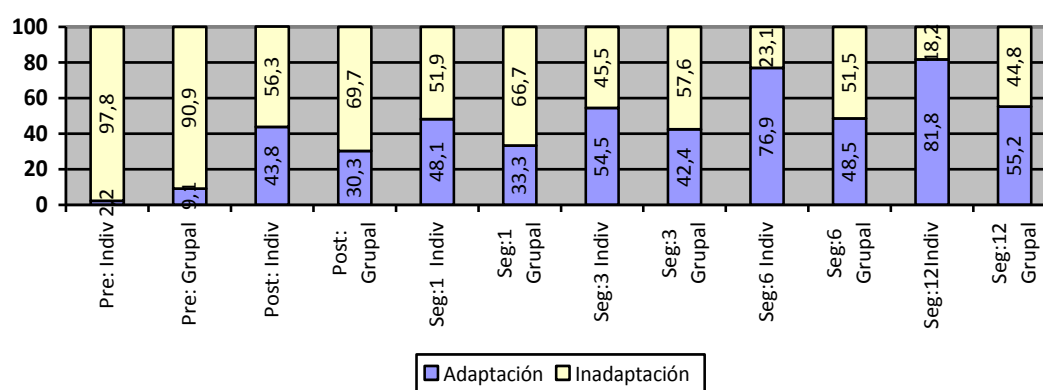


Figura 7.54. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs. grupal. Muestra que inicia el tratamiento



Si tenemos en cuenta a las participantes que completan el tratamiento (tabla 7.102 y figuras 7.55 a 7.57) los resultados cambian. Los síntomas de depresión disminuyen, alcanzando un 56.3% de mejoría y recuperación clínica en el formato individual al postratamiento y 90.9% al año. Del mismo modo en el formato grupal logran un 45.5% de recuperación y 62.1% al año. En autoestima, al postratamiento el 75% de las participantes del formato individual mejoran, recuperándose desde el punto de vista clínico, presentando una alta autoestima e incrementándose las frecuencias a lo largo de todo el periodo del seguimiento. En el formato grupal más de un 40% de las participantes no solo mejoran en esta variable sino que se recuperan desde el punto de vista clínico al postratamiento y se mantiene en los seguimientos. En cuanto a la adaptación, el formato individual alcanza adaptación en el 43.8% de la muestra al postratamiento y asciende hasta 81.8% en el último seguimiento, en el formato grupal oscila entre 30.3% de recuperación al postratamiento y asciende al 55.2% al año.

Tabla 7.102: Distribución de los de los formatos de tratamiento individual y grupal en el diagnóstico de las variables de adaptación y sintomatología concomitante al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

BDI					
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	AUSENCIA N(%)	LEVE N(%)	MODERADA N(%)	GRAVE N(%)
Pretratamiento	Ii	0 (0.0)	3 (6.7)	28 (62.2)	14 (31.1)
	Ig	4 (12.1)	2 (6.1)	16 (48.5)	11(33.3)
Postratamiento	Ii	18 (56.3)	8 (25.0)	6(18.8)	0 (0.0)
	Ig	15 (45.5)	10 (30.3)	4 (12.1)	4 (12.1)
Seguimiento: 1 mes	Ii	13 (48.1)	10 (37.0)	4 (14.8)	0 (0.0)
	Ig	17 (51.5)	6 (18.2)	7 (21.2)	3 (9.1)
Seguimiento: 3 meses	Ii	12 (54.5)	5 (22.7)	5 (22.7)	0 (0.0)
	Ig	19 (57.5)	5 (15.2)	4 (12.1)	5 (15.2)
Seguimiento: 6 meses	Ii	21 (80.8)	4 (15.4)	1 (3.8)	0 (0.0)
	Ig	21 (63.6)	6 (18.2)	3 (9.1)	3 (9.1)
Seguimiento: 12 meses	Ii	20 (90.9)	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Ig	18 (62.1)	6 (20.7)	3 (10.3)	2 (6.9)

Abreviaturas: Ii-Formato Individual / Ig-Formato Grupal

Tabla 7.102: continuación

AUTOESTIMA				
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ALTA N(%)	BAJA N(%)	
Pretratamiento	Ii	9 (20.0)	36 (80.0)	
	Ig	1 (3.0)	32 (97.0)	
Postratamiento	Ii	24 (75.0)	8 (25.0)	
	Ig	14 (42.4)	19 (57.6)	
Seguimiento: 1 mes	Ii	21 (77.8)	6 (22.2)	
	Ig	18 (54.5)	15 (45.5)	
Seguimiento: 3 meses	Ii	17 (77.3)	5 (22.7)	
	Ig	16 (48.5)	17(51.5)	
Seguimiento: 6 meses	Ii	22 (84.6)	4 (15.4)	
	Ig	18 (54.5)	15 (45.5)	
Seguimiento: 12 meses	Ii	20 (90.9)	2 (9.1)	
	Ig	16 (55.2)	13 (44.8)	
INDAPTACIÓN				
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ADAPTACIÓN N(%)	INADAPTACIÓN N(%)	
Pretratamiento	Ii	1 (2.2)	44 (97.8)	
	Ig	3 (9.1)	30 (90.9)	
Postratamiento	Ii	14 (43.8)	18 (56.3)	
	Ig	10 (30.3)	23 (69.7)	
Seguimiento: 1 mes	Ii	13 (48.1)	14 (51.9)	
	Ig	11 (33.3)	22 (66.7)	
Seguimiento: 3 meses	Ii	12 (54.5)	10 (45.5)	
	Ig	14 (42.4)	19 (57.6)	
Seguimiento: 6 meses	Ii	20 (76.9)	6 (23.1)	
	Ig	16 (48.5)	17 (51.5)	
Seguimiento: 12 meses	Ii	18 (81.8)	4 (18.2)	
	Ig	16 (55.2)	13 (44.8)	

Abreviaturas: Ii-Formato Individual / Ig-Formato Grupal

Figura 7.55. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs grupal. Muestra que finaliza el tratamiento

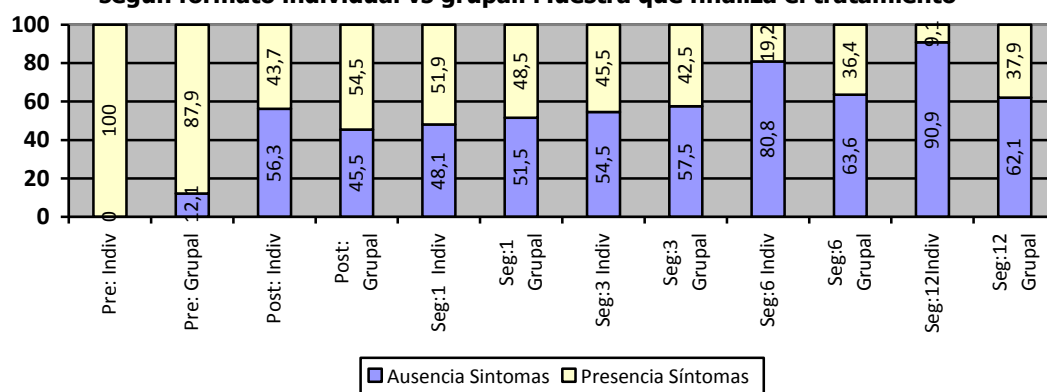


Figura 7.56. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs grupal. Muestra que finaliza el tratamiento

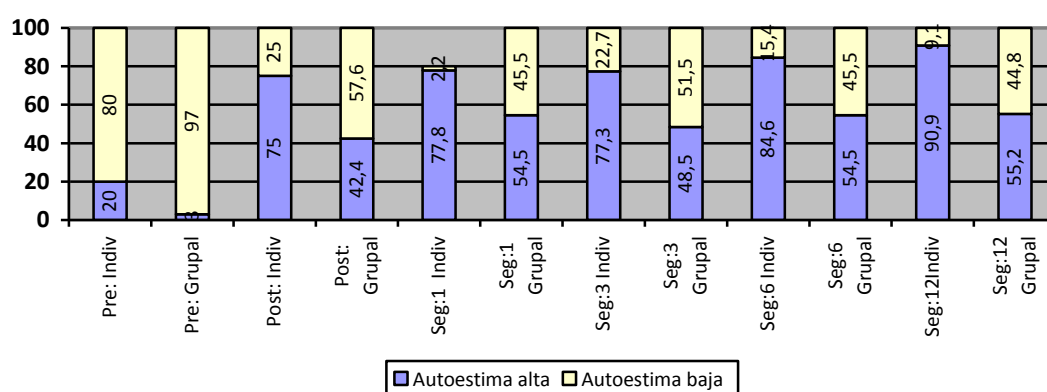
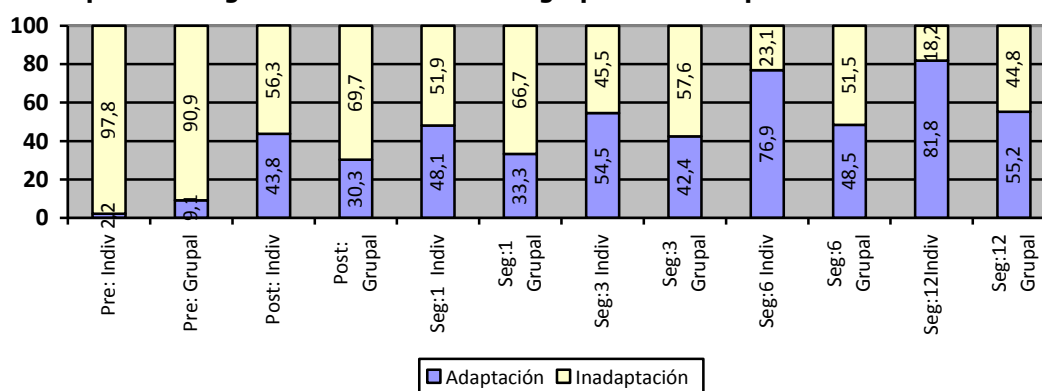


Figura 7.57. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación según formato individual vs grupal. Muestra que finaliza el tratamiento



Las diferencias clínicas que se aprecian entre los dos grupos (individual vs. grupal) están justificadas estadísticamente tal y como puede observarse en la tabla 7.103.

Tabla 7.103: Prueba Chi-cuadrado (χ^2) intergrupo (formato individual vs. grupal): Diagnóstico de la sintomatología concomitante y variables de adaptación pre-post-seguimientos

VARIABLES Diagnóstico	MOMENTO Evaluación	χ^2 (gl, N)	Sig.*
BDI	Pre-Postratamiento	4.408 (3,65)	n.s. (0.221)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	4.800 (3,60)	n.s. (0.187)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.674 (3,55)	n.s. (0.197)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.620 (3,59)	n.s. (0.305)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	6.262 (3,51)	n.s. (0.100)
Escala Autoestima	Pre-Postratamiento	7.099 (1,65)	* 0.008
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.523 (1,60)	n.s. (0.061)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.558 (1,55)	* 0.033
	Pre-Seguimiento: 6 meses	6.023 (1,59)	* 0.014
	Pre- Seguimiento: 12 meses	7.695 (1,51)	* 0.006
Escala Inadaptación	Pre-Postratamiento	1.261 (1,65)	n.s. (0.261)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	1.358 (1,65)	n.s. (0.244)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	0.778 (1,55)	n.s. (0.378)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.944 (1,59)	* 0.026
	Pre- Seguimiento: 12 meses	3.997 (1,51)	* 0.046

* Nivel De significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

7.2.2.2.3. Comparación grupos experimentales de tratamiento según orden de aplicación de las técnicas de formato individual

Los resultados de ANCOVA realizados sobre las medidas de depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas, revelan ausencia de efecto significativo de interacción para casi la totalidad de las variables estudiadas y del factor inter-grupo, siendo significativo el factor intra-sujetos (tiempo) en la mayoría de los contrastes.

BDI. Los resultados de ANCOVA (tabla 7.104 y figura 7.58) en la sintomatología depresiva indican un efecto significativo en todas las medidas intra-sujeto, ausencia

de efecto inter-grupo y ausencia de efecto de interacción todos los momentos de evaluación.

Escala de Autoestima. Los resultados de ANCOVA (tabla 7.105 y figura 7.59) en la autoestima indican un efecto significativo en todas las medidas intra-sujeto (excepto el seguimiento a los 3 meses), ausencia de efecto inter-grupo y ausencia de efecto de interacción todos los momentos de evaluación.

Escala de Inadaptación. Los resultados del ANCOVA (tabla 7.106 y figura 7.60) para la inadaptación, en las diferentes comparaciones, indican un efecto significativo en la mayoría de las medidas intra-sujeto, ausencia de efecto inter-grupo y ausencia de efecto de interacción para la mayoría de las medidas (a excepción de la subescala de vida familiar al postratamiento y seguimiento al mes, que no se mantiene en el tiempo) y en la mayor parte de los momentos de evaluación.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas. Los resultados de ANCOVA (tabla 7.107 y figura 7.61) en las cogniciones postraumáticas indican un efecto significativo en la mayoría de las medidas intra-sujeto, ausencia de efecto inter-grupo y ausencia de efecto de interacción para todas las medidas y en cada momento de evaluación.

Tabla 7.104: ANCOVA. BDI (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,32)} = 0.143$	n.s. (0.708)	0.065
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,32)} = 36.501$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,32)} = 0.826$	n.s. (0.371)	0.142
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,27)} = 0.025$	n.s. (0.876)	0.053
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,27)} = 22.180$	*** 0.001	0.995
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,27)} = 0.141$	n.s. (0.711)	0.065
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 0.190$	n.s. (0.668)	0.070
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 5.547$	* 0.030	0.606
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 1.135$	n.s. (0.301)	0.172
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,26)} = 0.099$	n.s. (0.756)	0.060
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,26)} = 15.586$	*** 0.001	0.965
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,26)} = 0.839$	n.s. (0.370)	0.142
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 0.458$	n.s. (0.507)	0.098
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 16.471$	*** 0.001	0.970
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 0.052$	n.s. (0.821)	0.055

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.105: ANCOVA. Escala de Autoestima (Puntuación Total) pre-post-seguimientos seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,32)} = 0.795$	n.s. (0.380)	0.138
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,32)} = 11.518$	** 0.002	0.906
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,32)} = 0.001$	n.s. (0.972)	0.050
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,27)} = 0.036$	n.s. (0.852)	0.054
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,27)} = 13.731$	*** 0.001	0.944
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,27)} = 2.741$	n.s. (0.111)	0.355
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 0.262$	n.s. (0.615)	0.077
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 1.657$	n.s. (0.214)	0.230
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 1.092$	n.s. (0.310)	0.168
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,26)} = 0.218$	n.s. (0.646)	0.073
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,26)} = 7.703$	* 0.011	0.756
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,26)} = 3.037$	n.s. (0.095)	0.385
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 0.103$	n.s. (0.751)	0.061
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 5.288$	* 0.034	0.586
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 0.319$	n.s. (0.579)	0.083

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.106: ANCOVA. Escala de Inadaptación pre-post-seguimientos seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Puntuación Total Escala de Inadaptación	Pre-Post Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,32)} = 1.695$	n.s. (0.204)	0.242
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,32)} = 19.663$	*** 0.001	0.990
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,32)} = 2.007$	n.s. (0.168)	0.278
	Pre-Seg 1 mes Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,27)} = 2.867$	n.s. (0.104)	0.368
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,27)} = 18.335$	*** 0.001	0.980
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,27)} = 1.224$	n.s. (0.280)	0.180
	Pre-Seg 3 meses Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 2.277$	n.s. (0.149)	0.298
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 10.554$	** 0.004	0.867
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 0.062$	n.s. (0.806)	0.056
	Pre-Seg 6 meses Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,26)} = 2.052$	n.s. (0.166)	0.278
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,26)} = 19.149$	*** 0.001	0.980
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,26)} = 0.007$	n.s. (0.936)	0.050
Subescala: Trabajo/Estudio	Pre-Seg 12 meses Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 0.094$	n.s. (0.762)	0.060
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 26.679$	*** 0.001	0.998
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 1.098$	n.s. (0.309)	0.168
	Pre-Post Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,32)} = 2.760$	n.s. (0.108)	0.361
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,32)} = 17.505$	*** 0.001	0.981
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,32)} = 0.309$	n.s. (0.583)	0.084
	Pre-Seg 1 mes Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,27)} = 4.785$	* 0.039	0.554
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,27)} = 17.989$	*** 0.001	0.982
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,27)} = 1.350$	n.s. (0.257)	0.200
	Pre-Seg 3 meses Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 7.490$	* 0.014	0.735
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 4.276$	n.s. (0.053)	0.499
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 0.089$	n.s. (0.769)	0.059
Subescala: Trabajo/Estudio	Pre-Seg 6 meses Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,26)} = 3.858$	n.s. (0.062)	0.468
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,26)} = 10.179$	** 0.004	0.862
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,26)} = 0.007$	n.s. (0.932)	0.051
	Pre-Seg 12 meses Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,22)} = 0.986$	n.s. (0.334)	0.156
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,22)} = 22.581$	*** 0.001	0.994
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,22)} = 0.284$	n.s. (0.301)	0.080

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.106: continuación

Tabla 7.1266. Continuación					
	MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Subescala: Vida Social	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,32) = 0.144	n.s. (0.707)	0.066
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,32) = 8.372	** 0.007	0.798
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,32) = 0.000	n.s. (0.998)	0.050
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,27) = 0.176	n.s. (0.679)	0.069
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,27) = 7.199	* 0.013	0.729
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,27) = 0.236	n.s. (0.632)	0.075
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.009	n.s. (0.927)	0.051
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 1.653	n.s. (0.215)	0.230
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 2.034	n.s. (0.171)	0.272
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,26) = 0.074	n.s. (0.788)	0.058
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,26) = 7.786	* 0.011	0.760
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,26) = 3.251	n.s. (0.085)	0.407
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.473	n.s. (0.473)	0.107
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 11.803	** 0.003	0.901
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.100	n.s. (0.755)	0.060
Subescala: Tiempo Libre	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,32) = 0.921	n.s. (0.345)	0.153
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,32) = 32.078	*** 0.001	1.000
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,32) = 0.234	n.s. (0.632)	0.075
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,27) = 1.373	n.s. (0.253)	0.202
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,27) = 25.466	*** 0.001	0.998
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,27) = 0.030	n.s. (0.865)	0.053
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 1.906	n.s. (0.184)	0.258
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 9.462	** 0.007	0.829
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.134	n.s. (0.718)	0.064
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,26) = 1.120	n.s. (0.301)	0.173
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,26) = 26.062	*** 0.001	0.998
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,26) = 0.126	n.s. (0.726)	0.063
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.127	n.s. (0.726)	0.063
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 27.165	*** 0.001	0.998
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.024	n.s. (0.878)	0.052
Subescala: Relación de pareja	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,32) = 0.552	n.s. (0.464)	0.111
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,32) = 2.554	n.s. (0.121)	0.339
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,32) = 1.623	n.s. (0.213)	0.234
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,27) = 1.321	n.s. (0.262)	0.197
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,27) = 4.042	n.s. (0.056)	0.487
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,27) = 0.191	n.s. (0.666)	0.070
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.045	n.s. (0.835)	0.055
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 5.417	* 0.032	0.596
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 1.706	n.s. (0.208)	0.236
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,26) = 0.809	n.s. (0.378)	0.138
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,26) = 8.093	** 0.009	0.776
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,26) = 0.157	n.s. (0.696)	0.067
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.005	n.s. (0.944)	0.051
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 24.090	*** 0.001	0.996
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 1.811	n.s. (0.195)	0.247
Subescala: Vida Familiar	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,32) = 0.080	n.s. (0.780)	0.059
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,32) = 8.078	** 0.008	0.783
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,32) = 7.750	** 0.010	0.767
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,27) = 2.082	n.s. (0.163)	0.282
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,27) = 13.907	*** 0.001	0.946
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,27) = 5.092	* 0.034	0.580
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 3.531	n.s. (0.077)	0.428
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 5.343	* 0.033	0.590
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.803	n.s. (0.382)	0.136

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / Ice=Intervención
cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.106: continuación

	MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
<i>Subescala: Global</i>	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,26) = 2.962	n.s. (0.099)	0.377
	6 meses	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,26) = 2.843	n.s. (0.106)	0.364
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,26) = 0.360	n.s. (0.555)	0.089
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 1.531	n.s. (0.232)	0.216
	12 meses	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 4.991	* 0.038	0.561
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.787	n.s. (0.387)	0.134
	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,32) = 2.726	n.s. (0.110)	0.358
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,32) = 10.011	** 0.004	0.863
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,32) = 2.351	n.s. (0.136)	0.316
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,27) = 1.281	n.s. (0.269)	0.192
	1 mes	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,27) = 4.919	* 0.037	0.565
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,27) = 3.993	n.s. (0.058)	0.482
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 2.622	n.s. (0.123)	0.335
	3 meses	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 4.602	* 0.046	0.528
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.031	n.s. (0.837)	0.055
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,26) = 1.533	n.s. (0.229)	0.220
	6 meses	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,26) = 6.331	* 0.020	0.672
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,26) = 0.221	n.s. (0.643)	0.073
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.455	n.s. (0.509)	0.098
	12 meses	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 6.588	* 0.019	0.680
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 2.189	n.s. (0.156)	0.288

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / Ice=Intervención
cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.107: ANCOVA. Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Puntuación Total) pre-post-seguimientos seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

	MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
<i>Puntuación total Inventario Cogniciones Postraumáticas</i>	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,32) = 0.255	n.s. (0.617)	0.078
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,32) = 23.603	*** 0.001	0.997
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,32) = 0.880	n.s. (0.356)	0.148
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,27) = 0.160	n.s. (0.692)	0.067
	1 mes	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,27) = 26.361	*** 0.001	0.995
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,27) = 0.503	n.s. (0.485)	0.105
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.469	n.s. (0.502)	0.099
	3 meses	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 7.619	* 0.013	0.742
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.433	n.s. (0.519)	0.096
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,26) = 1.012	n.s. (0.325)	0.161
	6 meses	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,26) = 16.202	*** 0.001	0.970
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,26) = 0.000	n.s. (0.988)	0.050
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 1.138	n.s. (0.300)	0.173
	12 meses	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 17.796	*** 0.001	0.979
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.022	n.s. (0.883)	0.052
	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,32) = 0.155	n.s. (0.697)	0.067
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,32) = 46.006	*** 0.001	1.000
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,32) = 1.617	n.s. (0.214)	0.233
<i>Subescala: Cogniciones Postraumáticas sobre sí mismo</i>	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,27) = 0.074	n.s. (0.788)	0.058
	1 mes	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,27) = 27.571	*** 0.001	0.999
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,27) = 0.184	n.s. (0.672)	0.070
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.057	n.s. (0.814)	0.056
	3 meses	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 9.873	** 0.006	0.844
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.029	n.s. (0.867)	0.053
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,32) = 0.160	n.s. (0.693)	0.067
	6 meses	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,32) = 21.740	*** 0.001	0.994
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,32) = 0.169	n.s. (0.558)	0.088
	Pre-Seg	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.634	n.s. (0.436)	0.117
	12 meses	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 24.047	*** 0.001	0.996
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.093	n.s. (0.764)	0.060

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / Ice=Intervención
cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.107: continuación

Tabla 7.1267. Continuación					
	MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Subescala: Cogniciones Postraumáticas sobre el mundo	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,32) = 0.006	n.s. (0.939)	0.051
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,32) = 3.055	n.s. (0.091)	0.393
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,32) = 0.144	n.s. (0.707)	0.066
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,27) = 0.207	n.s. (0.653)	0.072
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,27) = 10.585	** 0.004	0.876
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,27) = 2.116	n.s. (0.159)	0.286
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.779	n.s. (0.389)	0.133
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 5.093	* 0.037	0.570
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 2.014	n.s. (0.173)	0.269
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,26) = 2.063	n.s. (0.165)	0.279
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,26) = 1.153	n.s. (0.295)	0.177
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,26) = 0.004	n.s. (0.951)	0.050
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 3.099	n.s. (0.095)	0.385	
	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 5.783	* 0.027	0.624	
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.019	n.s. (0.893)	0.052	
Subescala: Autopunición	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,32) = 0.465	n.s. (0.501)	0.101
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,32) = 6.442	* 0.017	0.688
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,32) = 0.200	n.s. (0.658)	0.072
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,27) = 0.023	n.s. (0.882)	0.052
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,27) = 8.066	** 0.009	0.776
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,27) = 0.002	n.s. (0.963)	0.050
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.385	n.s. (0.543)	0.090
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 2.450	n.s. (0.135)	0.317
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.000	n.s. (0.983)	0.050
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,26) = 0.000	n.s. (0.984)	0.050
		Intra-sujeto (tiempo)	F(1,26) = 6.909	* 0.015	0.710
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,26) = 0.011	n.s. (0.917)	0.051
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	F(1,22) = 0.001	n.s. (0.980)	0.050	
	Intra-sujeto (tiempo)	F(1,22) = 7.597	* 0.013	0.742	
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	F(1,22) = 0.040	n.s. (0.845)	0.054	

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Figura 7.58. Evolución en la puntuación BDI pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

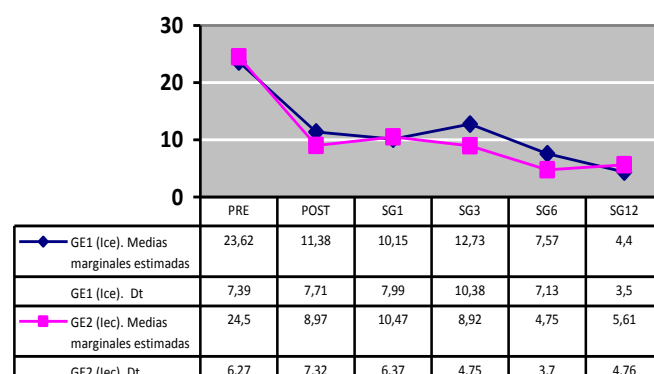


Figura 7.59. Evolución en la puntuación de la Escala de Autoestima pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

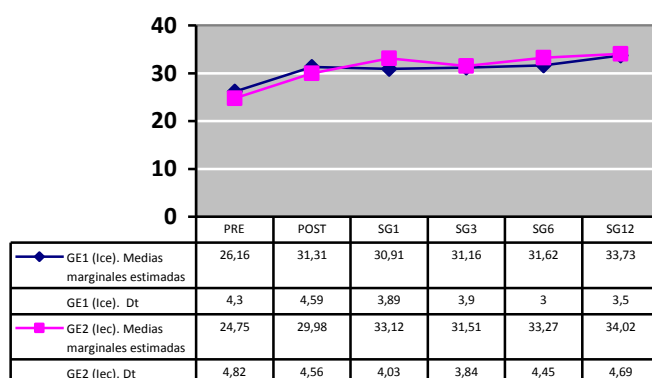


Figura 7.60. Evolución en la puntuación total de la Escala de Inadaptación pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

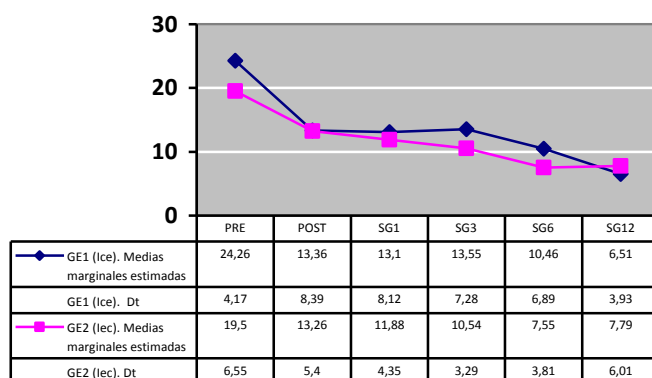
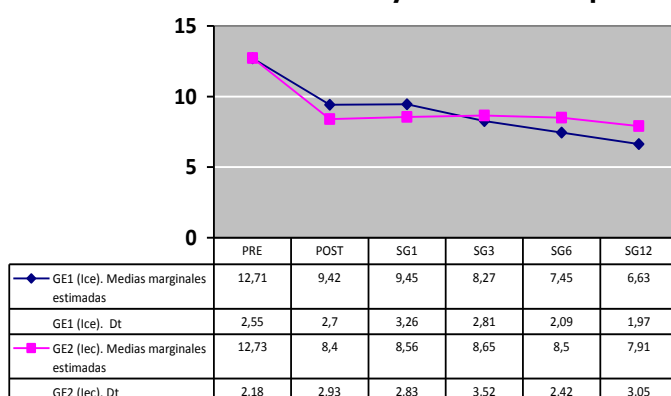


Figura 7.61. Evolución en la puntuación total del Inventario de Cogniciones Postraumáticas pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas



En ambos grupos experimentales se produce una marcada reducción de la sintomatología de depresión y cogniciones postraumáticas y mejora de la autoestima y adaptación, tanto en las puntuaciones totales de los instrumentos como en la mayoría de las subescalas y en cada momento de evaluación, esto es, al postratamiento y

seguimientos (véanse los análisis de la *t* para muestras relacionadas para la variación de las puntuaciones en los diferentes momentos de evaluación en la tabla 7.108). A su vez, la *t* de medidas independientes indica ausencia de diferencias entre los grupos en la mayoría de los valores y momentos de evaluación a excepción del seguimiento a los 3 meses en el aparecen significativas algunas de las medidas, sin que se mantengan estos resultados en los siguientes seguimientos de forma constante.

Tabla 7.108: Prueba *t* de comparación de medias: *t* de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y *t* de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post-seguimientos para los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), en las variables de adaptación y sintomatología concomitante

VARIABLES	<i>t</i> medidas repetidas (gl)				<i>t</i> medidas independientes (gl)		
	GE1 (Ice)		GE2 (Iec)				
	<i>t</i> (gl)	Sig.*	<i>t</i> (gl)	Sig.*	<i>t</i> (gl)	Sig.*	
BDI	Pre-Post	5.987 (16)	*** 0.001	5.776 (14)	*** 0.001	0.929 (30)	n.s. (0.361)
	Pre-Seg: 1 m	6.203 (14)	*** 0.001	6.301 (11)	*** 0.001	0.452 (25)	n.s. (0.655)
	Pre-Seg: 3 m	3.604 (11)	** 0.004	7.720 (9)	*** 0.001	2.134 (16) ^†	* 0.049
	Pre-Seg: 6 m	6.459 (13)	*** 0.001	9.799 (11)	*** 0.001	1.368 (24)	n.s. (0.184)
	Pre-Seg:12 m	8.038 (11)	*** 0.001	6.784 (9)	*** 0.001	-0.359 (20)	n.s. (0.723)
Escala de Autoestima	Pre-Post	-4.199 (16)	*** 0.001	-4.416 (14)	*** 0.001	0.489 (30)	n.s. (0.629)
	Pre-Seg: 1 m	-4.413 (14)	*** 0.001	-6.394 (11)	*** 0.001	-1.894 (25)	n.s. (0.070)
	Pre-Seg: 3 m	-3.402 (11)	** 0.006	-4.128 (9)	** 0.003	-0.643 (20)	n.s. (0.528)
	Pre-Seg: 6 m	-3.932 (13)	** 0.002	-4.904 (11)	*** 0.001	-0.989 (24)	n.s. (0.333)
	Pre-Seg:12 m	-5.812 (11)	*** 0.001	-3.802 (9)	** 0.004	0.067 (20)	n.s. (0.947)
Escala de Inadaptación	Pre-Post	4.291 (16)	*** 0.001	3.141 (14)	** 0.007	0.777 (30)	n.s. (0.443)
	Pre-Seg: 1 m	4.220 (14)	*** 0.001	2.907 (11)	* 0.014	0.900 (22) ^†	n.s. (0.378)
	Pre-Seg: 3 m	5.957 (11)	*** 0.001	5.871 (9)	*** 0.001	2.189 (20)	* 0.041
	Pre-Seg: 6 m	7.991 (13)	*** 0.001	7.546 (11)	*** 0.001	1.894 (24)	n.s. (0.070)
	Pre-Seg:12 m	10.682 (11)	*** 0.001	6.709 (9)	*** 0.001	0.164 (20)	n.s. (0.871)
Subescala: Trabajo/Estudi	Pre-Post	4.612 (16)	*** 0.001	3.886 (14)	** 0.002	1.927 (30)	n.s. (0.064)
	Pre-Seg: 1 m	4.675 (14)	*** 0.001	2.454 (11)	* 0.032	1.313 (25)	n.s. (0.201)
	Pre-Seg: 3 m	3.694 (11)	** 0.004	5.014 (9)	*** 0.001	3.192 (20)	** 0.005
	Pre-Seg: 6 m	4.750 (13)	*** 0.001	5.897 (11)	*** 0.001	2.439 (24)	* 0.023
	Pre-Seg:12 m	7.132 (11)	*** 0.001	5.839 (9)	*** 0.001	0.498 (20)	n.s. (0.624)
Subescala: Vida social	Pre-Post	1.742 (16)	n.s.(0.101)	2.016 (14)	n.s.(0.063)	0.330 (30)	n.s. (0.744)
	Pre-Seg: 1 m	1.270 (14)	n.s.(0.225)	2.376 (11)	* 0.037	0.399 (21) ^†	n.s. (0.694)
	Pre-Seg: 3 m	3.527 (11)	** 0.005	4.294 (9)	** 0.002	2.403 (20)	* 0.026
	Pre-Seg: 6 m	2.973 (13)	* 0.011	6.459 (11)	*** 0.001	1.930 (17) ^†	n.s. (0.071)
	Pre-Seg:12 m	5.745 (11)	*** 0.001	5.449 (9)	*** 0.001	0.129 (20)	n.s. (0.899)
Subescala: Tiempo Libre	Pre-Post	3.160 (16)	** 0.006	2.774 (14)	* 0.015	0.899 (30)	n.s. (0.376)
	Pre-Seg: 1 m	3.780 (14)	*** 0.002	3.684 (11)	** 0.004	1.229 (24) ^†	n.s. (0.231)
	Pre-Seg: 3 m	6.848 (11)	*** 0.001	5.513 (9)	*** 0.001	2.250 (20)	* 0.036
	Pre-Seg: 6 m	9.918 (13)	*** 0.001	7.916 (11)	*** 0.001	1.844 (21)^†	n.s. (0.079)
	Pre-Seg:12 m	9.841 (11)	*** 0.001	7.802 (9)	*** 0.001	0.257 (20)	n.s. (0.800)
Subescala: Pareja	Pre-Post	3.250 (16)	** 0.005	3.862 (14)	** 0.002	0.759 (30)	n.s. (0.454)
	Pre-Seg: 1 m	3.389 (14)	** 0.004	2.913 (11)	* 0.014	0.526 (25)	n.s. (0.604)
	Pre-Seg: 3 m	3.447 (11)	** 0.005	2.025 (9)	* 0.074	-0.074 (20)	n.s. (0.942)
	Pre-Seg: 6 m	4.485 (13)	*** 0.001	3.977 (11)	**0.002	0.622 (24)	n.s. (0.540)
	Pre-Seg:12 m	11.837 (11)	*** 0.001	6.018 (9)	***0.001	-0.515 (20)	n.s. (0.613)

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

^ Grados de libertad corregidos

†No se cumple el supuesto de homocedasticidad

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / GE=Grupo experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.108: continuación

VARIABLES		t medidas repetidas (gl)				t medidas independientes (gl)	
		GE1 (Ice)		GE2 (Iec)		t (gl)	Sig.*
		t (gl)	Sig.*	t (gl)	Sig.*		
Subescala: Vida familiar	Pre-Post	3.402 (16)	** 0.004	0.487 (14)	n.s.(0.634)	-1.652 (30)	n.s. (0.109)
	Pre-Seg: 1 m	3.166 (14)	** 0.007	1.261 (11)	n.s.(0.233)	0.198 (25)	n.s. (0.845)
	Pre-Seg: 3 m	3.200 (11)	** 0.008	2.012 (9)	n.s.(0.075)	1.357 (20)	n.s. (0.190)
	Pre-Seg: 6 m	3.908 (13)	** 0.002	3.215 (11)	**0.008	1.711 (24)	n.s. (0.100)
	Pre-Seg:12 m	4.168 (11)	** 0.002	2.752 (9)	*0.022	0.809 (20)	n.s. (0.428)
Subescala: Global	Pre-Post	4.915 (16)	*** 0.001	2.241 (14)	* 0.042	0.859 (30)	n.s. (0.397)
	Pre-Seg: 1 m	4.895 (14)	*** 0.001	1.417 (11)	n.s.(0.184)	0.477 (25)	n.s. (0.638)
	Pre-Seg: 3 m	4.432 (11)	*** 0.001	6.866 (9)	*** 0.001	2.428 (20)	* 0.025
	Pre-Seg: 6 m	9.358 (13)	*** 0.001	4.294 (11)	*** 0.001	1.397 (24)	n.s. (0.175)
	Pre-Seg:12 m	8.403 (11)	*** 0.001	3.157 (9)	* 0.012	0.584 (20)	n.s. (0.566)
Cogniciones Postraumáticas	Pre-Post	6.539 (16)	*** 0.001	5.248 (14)	*** 0.001	0.606 (30)	n.s. (0.549)
	Pre-Seg: 1 m	5.206 (14)	*** 0.001	6.030 (11)	*** 0.001	0.373 (25)	n.s. (0.712)
	Pre-Seg: 3 m	4.395 (11)	*** 0.001	5.231 (9)	*** 0.001	0.232 (20)	n.s. (0.819)
	Pre-Seg: 6 m	8.505 (13)	*** 0.001	6.752 (11)	*** 0.001	-0.347 (24)	n.s. (0.731)
	Pre-Seg:12 m	6.732 (11)	*** 0.001	4.740 (9)	*** 0.001	-0.674 (20)	n.s. (0.508)
Subescala: Sí mismo	Pre-Post	4.688 (16)	*** 0.001	5.349 (14)	*** 0.001	0.398 (30)	n.s. (0.693)
	Pre-Seg: 1 m	3.878 (14)	*** 0.002	5.082 (11)	*** 0.001	1.122 (25)	n.s. (0.272)
	Pre-Seg: 3 m	5.504 (11)	*** 0.001	5.683 (9)	*** 0.001	0.943 (20)	n.s. (0.357)
	Pre-Seg: 6 m	7.157 (13)	*** 0.001	6.056 (11)	*** 0.001	0.569 (24)	n.s. (0.575)
	Pre-Seg:12 m	7.009 (11)	*** 0.001	5.474 (9)	*** 0.001	-0.295 (20)	n.s. (0.771)
Subescala: Mundo	Pre-Post	4.593 (16)	*** 0.001	3.623 (14)	** 0.003	0.045 (30)	n.s. (0.965)
	Pre-Seg: 1 m	3.739 (14)	*** 0.002	5.830 (11)	*** 0.001	0.305 (25)	n.s. (0.763)
	Pre-Seg: 3 m	3.033 (11)	* 0.011	4.049 (9)	** 0.003	0.197 (20)	n.s. (0.845)
	Pre-Seg: 6 m	5.853 (13)	*** 0.001	3.556 (11)	** 0.005	-0.531 (24)	n.s. (0.600)
	Pre-Seg:12 m	5.129 (11)	*** 0.001	3.736 (9)	** 0.005	-0.943 (20)	n.s. (0.357)
Subescala: Autopunición	Pre-Post	3.242 (16)	** 0.005	2.721 (14)	* 0.017	0.826 (30)	n.s. (0.415)
	Pre-Seg: 1 m	3.601 (14)	*** 0.003	2.321 (11)	* 0.041	-0.211 (25)	n.s. (0.835)
	Pre-Seg: 3 m	2.368 (11)	* 0.037	3.456 (9)	** 0.007	-0.449 (20)	n.s. (0.658)
	Pre-Seg: 6 m	3.571 (13)	** 0.003	3.505 (11)	** 0.005	-0.020 (24)	n.s. (0.984)
	Pre-Seg:12 m	2.833 (11)	* 0.016	2.698 (9)	* 0.024	-0.237 (13) ^†	n.s. (0.816)

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo

^ Grados de libertad corregidos

†No se cumple el supuesto de homocedasticidad

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / GE=Grupo experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Los resultados t permiten señalar que ambos tratamientos para la reducción de la sintomatología concomitante y de adaptación parecen alcanzar su propósito, ya que el valor de t para medidas relacionadas de comparación pre-post-seguimientos en las dos modalidades de intervención y en la mayoría de las variables dependientes estudiadas son estadísticamente significativas. Los resultados ANCOVA respecto a los efectos inter-grupo no han resultado significativos para la mayoría de las variables, tampoco la interacción entre factores, ni la prueba t para medidas independientes, lo que sugiere que el cambio producido es similar en ambas condiciones experimentales.

La potencia de la investigación (ver tablas ANCOVA 7.104 a 7.107) ha sido baja para todas aquellas comparaciones en las que no se han producido diferencias significativas, esto es, en las comparaciones inter-grupo e interacción. La potencia ha resultado

adecuada (valores muy cercanos 0.80 o superiores), en las comparaciones intra-sujetos, en las que se ha obtenido a su vez un tamaño del efecto alto. Así, la ausencia de diferencias entre los grupos en la mayoría de las medidas podría tener que ver con el tamaño del efecto pequeño o moderado y con el reducido tamaño muestral más que con una falta de potencia de contraste para detectarlas.

Tamaño del Efecto

El tamaño del efecto intra-grupo es alto en las dos condiciones experimentales, con un promedio de 1.94 en el BDI, 1.26 en Autoestima, 2.23 en la puntuación total de la Escala de Inadaptación (Subescalas: 1.98 trabajo/estudios, 0.91 vida social, 1.82 tiempo libre, 1.69 relación de pareja, 1.30 vida familiar y 1.99 global) y 1.63 en la puntuación total de Cogniciones Postraumáticas (Subescalas: 1.65 sí mismo, 0.99 mundo y 1.03 autopunición) para el GE1 y un promedio de 2.87 en el BDI, 1.66 en Autoestima, 2.39 en la puntuación total de la Escala de Inadaptación (Subescalas: 1.78 trabajo/estudios, 1.97 vida social, 2.43 tiempo libre, 1.32 relación de pareja, 0.74 vida familiar y 1.55 global) y 1.72 en la puntuación total de Cogniciones Postraumáticas (Subescalas: 1.65 sí mismo, 1.52 mundo y 0.98 autopunición) el GE2. Estos resultados indican que el cambio producido en las variables dependientes estudiadas es relevante en las dos condiciones experimentales, a excepción de la subescala de inadaptación a la vida familiar en el GE2. El tamaño del efecto inter-grupo muestra que la magnitud del tamaño del efecto es bajo o moderado en la mayoría de las medidas. Se observan valores por encima de 0.80 en alguna de las variables (BDI, puntuación total de inadaptación, subescalas de trabajo, vida social, tiempo libre y global) en los seguimientos a los tres y/o seis meses (a favor del GE1), que vuelven a igualarse en el seguimiento al año con tamaños del efecto poco interesantes para la comparación entre los grupos experimentales. La tabla 7.109 muestra los resultados.

Tabla 7.109: Tamaño del efecto: d de Cohen. Grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec), en la sintomatología concomitante y variables de adaptación. Muestra que finaliza el tratamiento

	VARIABLES	GE1 (Ice)			GE2 (Iec)			
		Intra-grupo			Intra-grupo			
		PRE Media (DT)	POST/SEGs Media (DT)	Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo	PRE Media (DT)	POST/SEGs Media (DT)	Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo	
BDI	Pre-Postratamiento	24.06 (7.39)	11.41 (7.71)	1.68	24.00 (6.27)	8.93 (7.32)	2.21	0.33
	Pre-Seguimiento: 1 mes	25.20 (7.09)	10.87 (7.99)	1.90	24.08 (6.50)	9.58 (6.37)	2.25	0.19
	Pre-Seguimiento: 3 meses	23.75 (8.43)	14.25 (10.38)	1.00	24.60 (7.06)	7.10 (4.75)	2.91	0.89
	Pre-Seguimiento: 6 meses	24.43 (7.99)	7.71 (7.13)	2.21	24.33 (6.43)	4.58 (3.70)	3.92	0.55
	Pre-Seguimiento: 12 meses	23.42 (8.37)	4.67 (3.50)	2.92	24.30 (7.33)	5.30 (4.76)	3.07	0.15
Escala de Autoestima	Pre-Postratamiento	26.18 (4.30)	31.06 (4.59)	1.10	24.73 (4.82)	30.27 (4.56)	1.18	0.17
	Pre-Seguimiento: 1 mes	25.80 (4.39)	30.60 (3.89)	1.16	24.25 (5.24)	33.50 (4.03)	1.98	0.73
	Pre-Seguimiento: 3 meses	26.92 (4.91)	30.83 (3.90)	0.88	23.90 (5.55)	31.90 (3.84)	1.68	0.28
	Pre-Seguimiento: 6 meses	26.86 (4.42)	31.71 (3.00)	1.28	24.42 (5.23)	33.17 (4.49)	1.80	0.39
	Pre-Seguimiento: 12 meses	26.50 (4.34)	33.92 (3.50)	1.88	25.20 (5.61)	33.80 (4.69)	1.66	0.03
Escala de Inadaptación	Pre-Postratamiento	23.82 (4.17)	14.24 (8.39)	1.45	20.00 (6.55)	12.27 (5.40)	1.29	0.28
	Pre-Seguimiento: 1 mes	23.80 (4.46)	13.53 (8.12)	1.57	19.33 (6.93)	11.33 (4.35)	1.38	0.34
	Pre-Seguimiento: 3 meses	24.67 (4.29)	14.67 (7.28)	1.67	21.00 (4.71)	9.20 (3.29)	2.90	0.97
	Pre-Seguimiento: 6 meses	23.43 (4.52)	11.07 (6.89)	2.12	21.50 (4.74)	6.83 (3.81)	3.41	0.76
	Pre-Seguimiento: 12 meses	24.50 (4.06)	7.25 (3.93)	4.32	21.60 (3.53)	6.90 (6.01)	2.98	0.07
Subescala: Trabajo/Estudio	Pre-Postratamiento	4.12 (1.16)	2.24 (1.48)	1.41	2.93 (1.28)	1.33 (1.53)	1.34	0.69
	Pre-Seguimiento: 1 mes	4.33 (1.05)	2.20 (1.42)	1.71	2.75 (1.36)	1.50 (1.31)	0.94	0.51
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.51 (0.99)	2.75 (1.35)	1.48	2.90 (1.10)	1.10 (0.99)	1.72	1.39
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.15 (1.22)	1.86 (1.41)	1.74	3.08 (1.08)	0.75 (0.75)	2.51	0.99
	Pre-Seguimiento: 12 meses	4.43 (1.07)	1.00 (0.85)	3.55	3.30 (1.06)	0.80 (1.03)	2.39	0.21
Subescala Vida social	Pre-Postratamiento	3.06 (1.48)	2.18 (1.59)	0.57	3.27 (1.53)	2.00 (1.41)	0.86	0.12
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.00 (1.56)	2.13 (1.85)	0.51	3.33 (1.56)	1.92 (0.90)	1.11	0.14
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.25 (1.60)	2.33 (1.30)	0.63	3.70 (1.25)	1.20 (0.79)	2.39	1.00
	Pre-Seguimiento: 6 meses	2.93 (1.59)	1.71 (1.59)	0.77	3.75 (1.21)	0.83 (0.58)	3.08	0.74
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.25 (1.48)	0.75 (0.87)	2.06	3.40 (1.26)	0.70 (0.95)	2.42	0.05
Subescala Tiempo Libre	Pre-Postratamiento	4.18 (1.13)	2.53 (2.00)	1.02	3.73 (1.49)	1.93 (1.71)	1.12	0.32
	Pre-Seguimiento: 1 mes	4.07 (1.16)	2.13 (1.85)	1.26	3.58 (1.62)	1.42 (1.16)	1.53	0.46
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.42 (1.00)	2.17 (1.53)	1.74	3.80 (1.23)	0.90 (0.99)	2.60	0.99
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.29 (1.07)	1.50 (1.29)	2.35	4.00 (1.21)	0.75 (0.75)	3.23	0.71
	Pre-Seguimiento: 12 meses	4.08 (1.24)	0.92 (1.08)	2.72	4.10 (0.74)	0.80 (1.03)	3.68	0.11

* Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Segs=Seguimientos/ DT=Desviación Típica / GE=Grupo experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.109: continuación

	VARIABLES Medida y Momento de Evaluación	GE1 (Ice) <i>Intra-grupo</i>			GE2 (Iec) <i>Intra-grupo</i>			<i>Tamaño del Efecto* (d) Inter-grupo</i>
		PRE Media (DT)	POST/SEGS Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo</i>	PRE Media (DT)	POST/SEGS Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo</i>	
Subescala Pareja	Pre-Postratamiento	4.35 (1.32)	2.82 (2.04)	0.89	3.73 (1.22)	2.33 (1.54)	1.01	0.27
	Pre-Seguimiento: 1 mes	4.33 (1.40)	2.60 (1.88)	1.04	3.75 (1.36)	2.25 (1.48)	1.06	0.21
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.25 (1.48)	2.75 (1.66)	0.95	4.00 (1.33)	2.80 (1.48)	0.85	0.03
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.29 (1.44)	2.07 (1.68)	1.42	3.92 (1.24)	1.67 (1.61)	1.57	0.24
	Pre-Seguimiento: 12 meses	4.75 (0.62)	1.08 (1.08)	4.17	4.30 (0.82)	1.40 (1.78)	2.09	0.21
Subescala Vida familiar	Pre-Postratamiento	3.71 (1.49)	1.71 (1.69)	1.26	2.93(1.79)	2.67 (1.59)	0.15	0.58
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.60 (1.55)	1.87 (1.36)	1.19	2.58 (1.83)	1.75 (1.71)	0.47	0.08
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.83 (1.53)	2.33 (1.15)	1.11	2.60 (1.65)	1.50 (1.72)	0.65	0.57
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.50 (1.56)	1.93 (1.14)	1.15	3.00 (1.76)	1.08 (1.38)	1.21	0.67
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.75 (1.48)	1.58 (0.90)	1.77	3.10 (1.73)	1.20 (1.32)	1.23	0.34
Subescala Global	Pre-Postratamiento	4.47 (0.71)	2.71 (1.61)	1.41	3.40 (1.59)	2.27 (1.22)	0.80	0.31
	Pre-Seguimiento: 1 mes	4.53 (0.74)	2.73 (1.44)	1.57	3.33 (1.72)	2.50 (1.00)	0.59	0.18
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.50 (0.80)	2.83 (1.34)	1.51	4.00 (0.82)	1.70 (0.67)	3.07	1.06
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.36 (0.74)	2.07 (1.14)	2.38	3.75 (1.42)	1.50 (0.90)	1.89	0.55
	Pre-Seguimiento: 12 meses	4.33 (0.78)	1.92 (0.79)	3.07	3.40 (1.43)	1.70 (0.95)	1.40	0.25
Cogniciones Postraumáticas	Pre-Postratamiento	12.70 (2.55)	9.22 (2.70)	1.33	12.75 (2.18)	8.62 (2.93)	1.60	0.21
	Pre-Seguimiento: 1 mes	12.91 (2.27)	9.25 (3.26)	1.30	12.96 (2.18)	8.80 (2.83)	1.65	0.15
	Pre-Seguimiento: 3 meses	12.12 (2.62)	8.58 (2.81)	1.30	13.36 (2.16)	8.27 (3.52)	1.74	0.09
	Pre-Seguimiento: 6 meses	12.60 (2.72)	7.79 (2.09)	1.98	13.23 (2.15)	8.10 (2.42)	1.80	0.14
	Pre-Seguimiento: 12 meses	11.87 (2.44)	6.88 (1.97)	2.25	12.57 (2.41)	7.61 (3.05)	1.80	0.28
Subescala Sí mismo	Pre-Postratamiento	3.76 (0.81)	2.47(1.08)	1.35	3.88 (1.17)	2.31 (1.15)	1.35	0.14
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.80 (0.85)	2.71 (1.05)	1.14	3.72 (1.05)	2.27 (0.96)	1.44	0.44
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.73 (0.85)	2.44 (0.99)	1.39	3.83 (1.12)	2.04 (0.99)	1.69	0.40
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.72 (0.83)	2.16 (0.83)	1.88	4.00 (1.25)	1.98 (0.79)	1.93	0.22
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.59 (0.80)	1.80 (0.64)	2.47	3.78 (1.11)	1.90 (0.94)	1.84	0.11
Subescala Mundo	Pre-Postratamiento	5.04 (1.38)	3.94 (1.31)	0.82	5.29 (0.92)	3.92 (1.36)	1.18	0.01
	Pre-Seguimiento: 1 mes	5.23 (1.25)	4.04 (1.57)	0.84	5.53 (0.64)	3.87 (1.32)	1.60	0.15
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.86 (1.46)	3.77 (1.39)	0.76	5.73 (0.50)	3.65 (1.58)	1.77	0.08
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.94 (1.43)	3.43 (1.44)	1.05	5.63 (0.60)	3.76 (1.72)	1.45	0.21
	Pre-Seguimiento: 12 meses	4.68 (1.37)	2.82 (1.10)	1.50	5.31 (0.97)	3.34 (1.46)	1.59	0.40
Subescala Autopunición	Pre-Postratamiento	3.83 (1.47)	2.75 (1.02)	0.85	3.57 (1.05)	2.43 (1.22)	1.00	0.29
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.81 (1.23)	2.57 (1.23)	1.01	3.70 (1.10)	2.67 (1.25)	0.87	0.05
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.45 (1.29)	2.37 (0.99)	0.94	3.80 (1.18)	2.58 (1.24)	1.01	0.19
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.87 (1.61)	2.34 (0.90)	1.17	3.60 (1.17)	2.35 (0.93)	1.18	0.01
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.53 (1.33)	2.26 (0.76)	1.17	3.48 (1.06)	2.38 (1.46)	0.86	0.10

* Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Segs=Seguimientos/ DT=Desviación Típica / GE=Grupo experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Significación Clínica

En relación a las participantes que inician el tratamiento (tabla 7.110 y figuras 7.62 a 7.64), en el GE1 el 36.4% mejoran en depresión y presentan ausencia de diagnóstico al postratamiento, valor que se incrementa a los 6 y 12 meses. En el GE2, se obtiene un 43.5% de recuperación, aunque en éste caso el paso del tiempo limita el alcance de estos resultados, reduciéndose a un 34.8% al año. En autoestima se obtiene una mejoría clínica en los dos grupos en un rango que oscila entre 40 y 55% en todos los momentos de evaluación, sin que se observen grandes diferencias entre ambos. En cuanto a la adaptación, el GE1 presenta un nivel de inadaptación del 100% en el pretratamiento y se reduce hasta 50% al postratamiento decreciendo hasta alcanzar 9.1% en el último seguimiento. Del mismo modo, en el GE2 se pasa del 95.7% que presenta inadaptación en el pretratamiento a un 30.4% en el postratamiento y disminuye progresivamente hasta alcanzar un 8.7% al año de seguimiento.

Tabla 7.110: Distribución según sintomatología concomitante y de adaptación al tratamiento y seguimientos de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento

BDI						
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	AUSENCIA N (%)	LEVE N (%)	MODERADA N (%)	GRAVE N (%)	DESCONOCIDO N (%)
Pretratamiento	GE1(Ice)	0 (0.0)	2 (9.1)	12 (54.5)	8 (36.4)	
	GE2(Iec)	0 (0.0)	1 (4.3)	16 (69.6)	6 (26.1)	
Postratamiento	GE1(Ice)	8 (36.4)	5 (22.7)	4 (18.2)	0 (0.0)	5 (22.7)
	GE2(Iec)	10 (43.5)	3 (13.0)	2 (8.7)	0 (0.0)	8 (34.8)
Seguimiento: 1 mes	GE1(Ice)	8 (36.4)	4 (18.2)	3 (13.6)	0 (0.0)	7 (31.8)
	GE2(Iec)	5 (21.7)	6 (26.1)	1 (4.3)	0 (0.0)	11 (47.8)
Seguimiento: 3 meses	GE1(Ice)	4 (18.2)	3 (13.6)	5 (22.7)	0 (0.0)	10 (45.5)
	GE2(Iec)	8 (34.8)	2 (8.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (56.5)
Seguimiento: 6 meses	GE1(Ice)	10 (45.5)	3 (13.6)	1 (4.5)	0 (0.0)	8 (36.4)
	GE2(Iec)	11 (47.8)	1 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (47.8)
Seguimiento: 12 meses	GE1(Ice)	12 (54.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (45.5)
	GE2(Iec)	8 (34.8)	2 (8.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (56.5)
AUTOESTIMA						
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ALTA N(%)		BAJA N(%)		DESCONOCIDO N(%)
Pretratamiento	GE1(Ice)	4 (18.2)		18 (81.8)		
	GE2(Iec)	5 (21.7)		18 (78.3)		
Postratamiento	GE1(Ice)	12 (54.5)		5 (22.7)		5 (22.7)
	GE2(Iec)	12 (52.2)		3 (13.0)		8 (34.8)
Seguimiento: 1 mes	GE1(Ice)	11 (50.0)		4 (18.2)		7 (31.8)
	GE2(Iec)	10 (43.5)		2 (8.7)		11 (47.8)
Seguimiento: 3 meses	GE1(Ice)	9 (40.9)		3 (13.6)		10 (45.5)
	GE2(Iec)	8 (34.8)		2 (8.7)		13 (56.5)
Seguimiento: 6 meses	GE1(Ice)	13 (59.1)		1 (4.5)		8 (36.4)
	GE2(Iec)	9 (39.1)		3 (13.0)		11 (47.8)
Seguimiento: 12 meses	GE1(Ice)	10 (45.5)		2 (9.1)		10 (45.5)
	GE2(Iec)	10 (43.5)		0 (0.0)		13 (56.5)

Abreviaturas: GE=Grupo experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.110: continuación

INDAPTACIÓN				
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ADAPTACIÓN N(%)	INADAPTACIÓN N(%)	DESCONOCIDO N(%)
Pretratamiento	GE1(Ice)	0 (0.0)	22 (100.0)	
	GE2(Iec)	1 (4.3)	22 (95.7)	
Postratamiento	GE1(Ice)	6 (27.3)	11 (50.0)	5 (22.7)
	GE2(Iec)	8 (34.8)	7 (30.4)	8 (34.8)
Seguimiento: 1 mes	GE1(Ice)	6 (27.3)	9 (40.9)	7 (31.8)
	GE2(Iec)	7 (30.4)	5 (21.7)	11 (47.8)
Seguimiento: 3 meses	GE1(Ice)	4 (18.2)	8 (36.4)	10 (45.5)
	GE2(Iec)	8 (34.8)	2 (8.7)	13 (56.5)
Seguimiento: 6 meses	GE1(Ice)	9 (40.9)	5 (22.7)	8 (36.4)
	GE2(Iec)	11 (47.8)	1 (4.4)	11 (47.8)
Seguimiento: 12 meses	GE1(Ice)	10 (45.5)	2 (9.1)	10 (45.5)
	GE2(Iec)	8 (34.8)	2 (8.7)	13 (56.5)

Abreviaturas: GE=Grupo experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Figura 7.62. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento

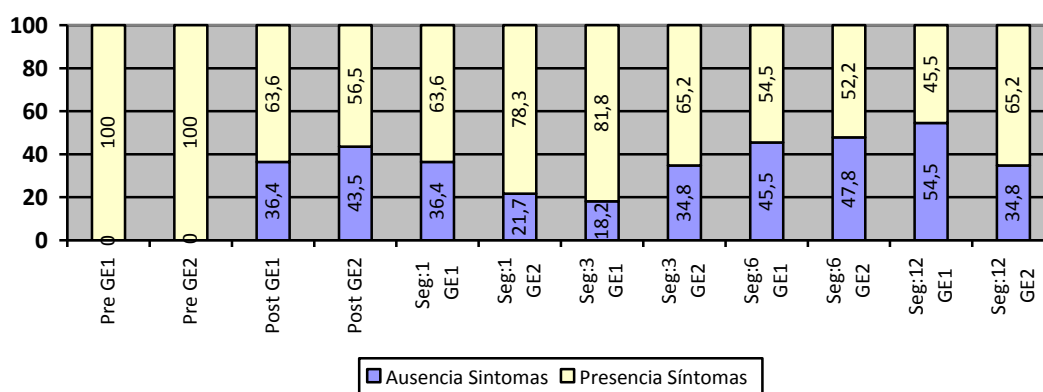


Figura 7.63. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento

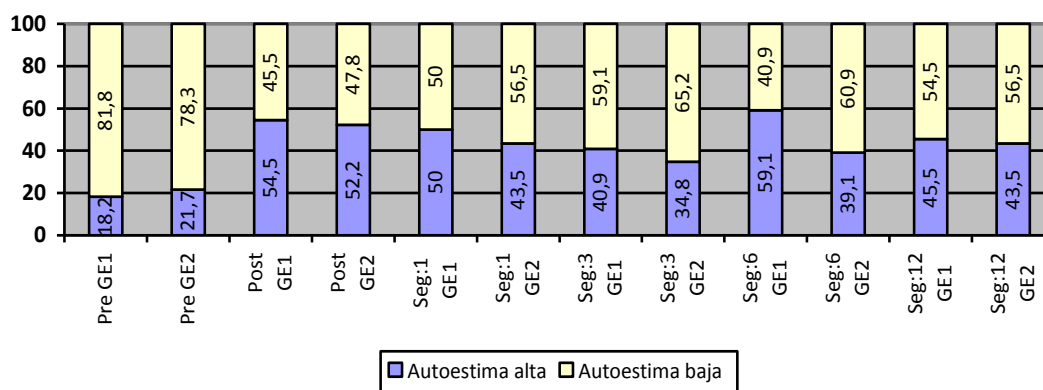
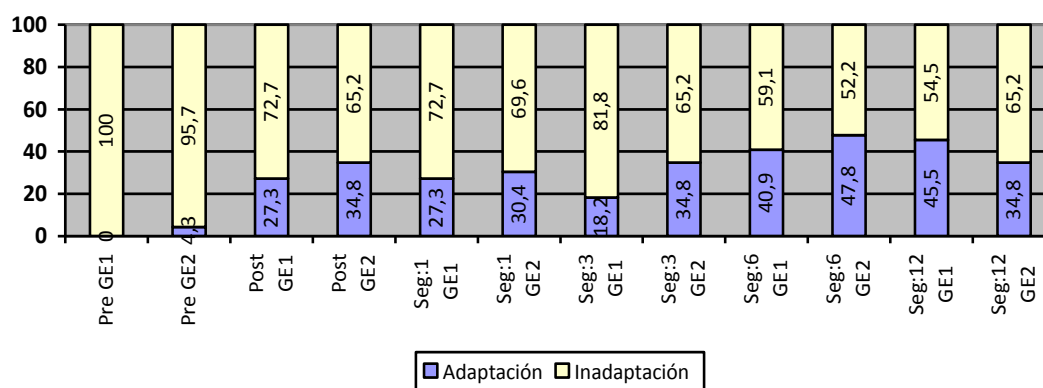


Figura 7.64. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento



Los resultados mejoran si tenemos en cuenta a todas las participantes que completan el tratamiento (tabla 7.111 y figuras 7.65 a 7.67). Así, los síntomas de depresión disminuyen, alcanzando un 47.1% de mejoría y ausencia de diagnóstico en el GE1 al postratamiento y 100% al año. Del mismo modo en el GE2 logran un 66.7% de recuperación y 80% al año. En autoestima, al postratamiento el 70.6% de las participantes del GE1 mejoran, recuperándose desde el punto de vista clínico, presentando una alta autoestima e incrementándose las frecuencias en los seguimientos. En el GE2 más de un 80% de las participantes mejoran en esta variable y se recuperan desde el punto de vista clínico, tanto al postratamiento como en los seguimientos. En cuanto a la adaptación, el GE1 alcanza adaptación en el 35.3% al postratamiento y asciende hasta 83.3% en el último seguimiento, en la el GE2 oscila entre 53.3% de recuperación al postratamiento y 80% al año.

Tabla 7.111: Distribución según sintomatología concomitante y de adaptación al tratamiento y seguimientos de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento

BDI					
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	AUSENCIA N(%)	LEVE N(%)	MODERADA N(%)	GRAVE N(%)
Pretratamiento	GE1(Ice)	0 (0.0)	2 (9.1)	12 (54.5)	8 (36.4)
	GE2(Iec)	0 (0.0)	1 (4.3)	16 (69.6)	6 (26.1)
Postratamiento	GE1(Ice)	8 (47.1)	5 (29.4)	4 (23.5)	0 (0.0)
	GE2(Iec)	10 (66.7)	3 (20.0)	2 (13.3)	0 (0.0)
Seguimiento: 1 mes	GE1(Ice)	8 (53.3)	4 (26.7)	3 (20.0)	0 (0.0)
	GE2(Iec)	5 (41.7)	6 (50.0)	1 (8.3)	0 (0.0)
Seguimiento: 3 meses	GE1(Ice)	4 (33.3)	3 (25.0)	5 (41.7)	0 (0.0)
	GE2(Iec)	8 (80.0)	2 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Seguimiento: 6 meses	GE1(Ice)	10 (71.4)	3 (21.4)	1 (7.2)	0 (0.0)
	GE2(Iec)	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
Seguimiento: 12 meses	GE1(Ice)	12 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	GE2(Iec)	8 (80.0)	2 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Abreviaturas: GE=Grupo experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Tabla 7.111: continuación

AUTOESTIMA			
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ALTA N(%)	BAJA N(%)
Pretratamiento	GE1(Ice)	4 (18.2)	18 (81.8)
	GE2(Iec)	5 (21.7)	18 (78.3)
Postratamiento	GE1(Ice)	12 (70.6)	5 (29.4)
	GE2(Iec)	12 (80.0)	3 (20.0)
Seguimiento: 1 mes	GE1(Ice)	11 (73.3)	4 (26.7)
	GE2(Iec)	10 (83.3)	2 (16.7)
Seguimiento: 3 meses	GE1(Ice)	9 (75.0)	3 (25.0)
	GE2(Iec)	8 (80.0)	2 (20.0)
Seguimiento: 6 meses	GE1(Ice)	13 (92.9)	1 (7.1)
	GE2(Iec)	9 (75.0)	3 (25.0)
Seguimiento: 12 meses	GE1(Ice)	10 (83.3)	2 (16.7)
	GE2(Iec)	10 (100.0)	0 (0.0)
INDAPTACIÓN			
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ADAPTACIÓN N(%)	INADAPTACIÓN N(%)
Pretratamiento	GE1(Ice)	0 (0.0)	22 (100.0)
	GE2(Iec)	1 (4.3)	22 (95.7)
Postratamiento	GE1(Ice)	6 (35.3)	11 (64.7)
	GE2(Iec)	8 (53.3)	7 (46.7)
Seguimiento: 1 mes	GE1(Ice)	6 (40.0)	9 (60.0)
	GE2(Iec)	7 (58.3)	5 (41.7)
Seguimiento: 3 meses	GE1(Ice)	4 (33.3)	8 (66.7)
	GE2(Iec)	8 (80.0)	2 (20.0)
Seguimiento: 6 meses	GE1(Ice)	9 (64.3)	5 (35.7)
	GE2(Iec)	11 (91.7)	1 (8.3)
Seguimiento: 12 meses	GE1(Ice)	10 (83.3)	2 (16.7)
	GE2(Iec)	8 (80.0)	2 (20.0)

Abreviaturas: GE=Grupo experimental / Ice=Intervención cognitiva+exposición / Iec=Intervención exposición+cognitiva

Figura 7.65. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento

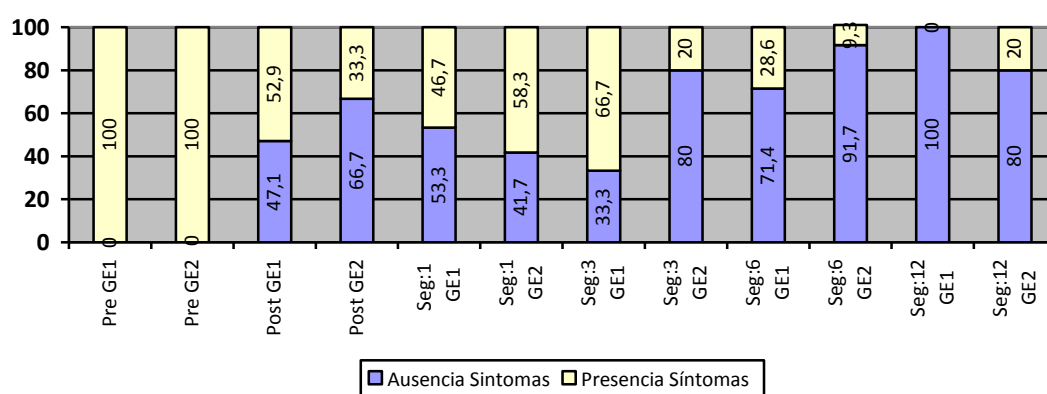


Figura 7.66. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento

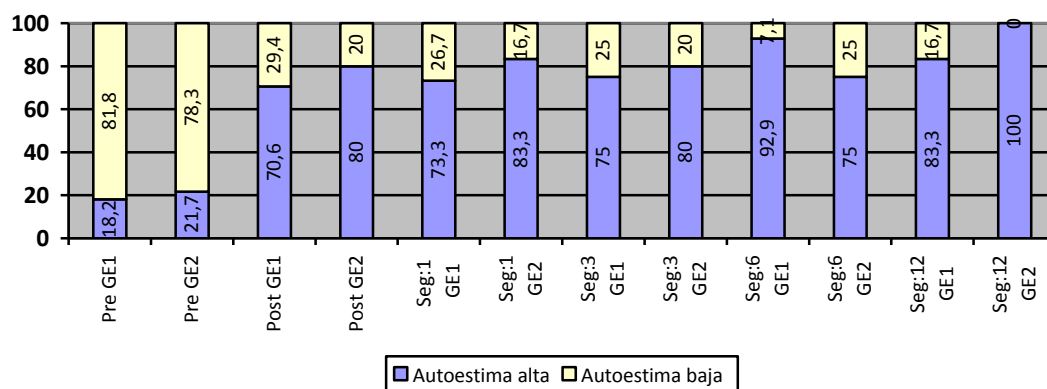
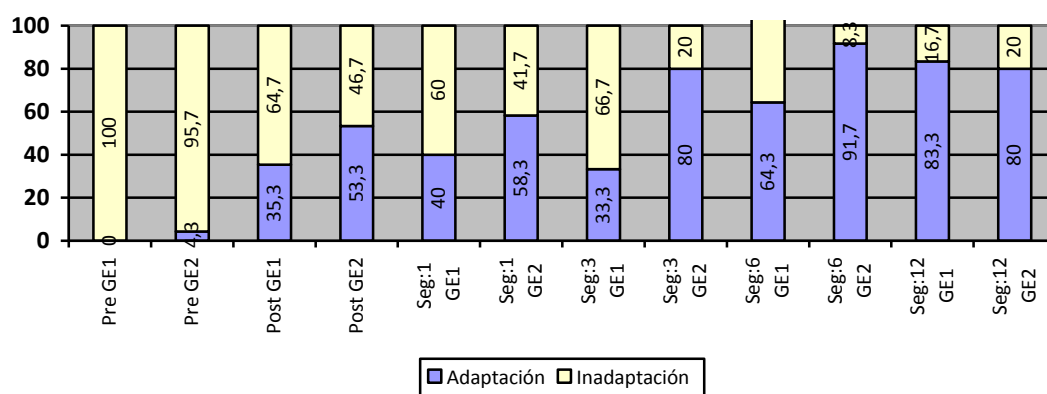


Figura 7.67. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento



Las diferencias clínicas que se aprecian entre los dos grupos experimentales están justificadas por los resultados de la prueba chi-cuadrado de Pearson (X^2) (tabla 7.112).

Tabla 7.112: Prueba Chi-cuadrado (X^2) intergrupo. Diagnóstico de la sintomatología concomitante y variables de adaptación pre-post-seguimientos de los grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de tratamiento de formato individual: GE1(Ice) y GE2(Iec)

VARIABLES Diagnóstico	MOMENTO Evaluación	X^2 (gl, N)	Sig.*
BDI	Pre-Postratamiento	1.269(2,32)	n.s. (0.530)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	1.781(2,27)	n.s. (0.410)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	6.404(2,22)	* 0.041
	Pre-Seguimiento: 6 meses	1.905(2,26)	n.s. (0.386)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	2.640(1,22)	n.s. (0.195)
Escala Autoestima	Pre-Postratamiento	0.042(1,32)	n.s. (0.838)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.386(1,27)	n.s. (0.662)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	0.078(1,22)	n.s. (1.000)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	1.583(1,26)	n.s. (0.306)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	1.833(1,22)	n.s. (0.481)
Escala Inadaptación	Pre-Postratamiento	1.054(1,32)	n.s. (0.305)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.898(1,27)	n.s. (0.343)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.791(1,22)	* 0.043
	Pre-Seguimiento: 6 meses	2.729(1,26)	n.s. (0.170)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	0.041(1,22)	n.s. (1.000)

* Nivel De significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

7.2.2.2.4. Comparación grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento

Los resultados de ANCOVA realizados sobre las medidas de depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas revelan ausencia de efecto significativo de interacción para casi la totalidad de las variables estudiadas y del factor inter-grupo, siendo significativo el factor intra-sujetos (tiempo) en la mayoría de los contrastes.

BDI. Los resultados (tabla 7.113 y figura 7.68) en la sintomatología depresiva indican efecto significativo en todas las medidas intra-sujeto, ausencia de efecto inter-grupo y ausencia de efecto de interacción en todos los momentos de evaluación.

Escala de Autoestima. Los resultados ANCOVA (tabla 7.114 y figura 7.69) en autoestima indican efecto significativo en todas las medidas intra-sujeto y ausencia de efecto inter-grupo y de interacción en todos los momentos de evaluación.

Escala de Inadaptación. Los resultados (tabla 7.115 y figura 7.70) de inadaptación indican un efecto significativo en las medidas intra-sujeto y ausencia de efecto inter-grupo y de interacción para la mayoría de medidas y momentos de evaluación, a excepción de la subescala de vida familiar al postratamiento y al mes y puntuación total y subescala global en el seguimiento al mes, que no se mantienen en el tiempo.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas. Los resultados de ANCOVA (tabla 7.116 y figura 7.71) en las cogniciones postraumáticas indican un efecto significativo de las medidas intra-sujeto y ausencia de efecto inter-grupo y de interacción para todas las medidas y en cada momento de evaluación.

Tabla 7.113: ANCOVA. BDI (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,65)} = 0.153$	n.s. (0.697)	0.067
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,65)} = 63.418$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,65)} = 0.354$	n.s. (0.554)	0.090
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,60)} = 0.635$	n.s. (0.429)	0.123
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,60)} = 55.218$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,60)} = 0.378$	n.s. (0.541)	0.093
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,55)} = 0.211$	n.s. (0.648)	0.074
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,55)} = 30.538$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,55)} = 0.103$	n.s. (0.750)	0.061
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,59)} = 3.159$	n.s. (0.081)	0.416
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,59)} = 45.486$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,59)} = 1.099$	n.s. (0.299)	0.178
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,51)} = 0.721$	n.s. (0.400)	0.132
	Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,51)} = 65.583$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,51)} = 1.053$	n.s. (0.310)	0.171

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo. Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tabla 7.114: ANCOVA. Escala de Autoestima (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.735$	n.s. (0.395)	0.135
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 43.834$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 0.164$	n.s. (0.687)	0.068
Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 0.233$	n.s. (0.631)	0.076
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 43.731$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 0.503$	n.s. (0.503)	0.107
Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 1.144$	n.s. (0.290)	0.183
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 24.930$	*** 0.001	0.998
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.143$	n.s. (0.707)	0.066
Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,59) = 1.836$	n.s. (0.181)	0.265
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,59) = 23572$	*** 0.001	0.998
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,59) = 0.058$	n.s. (0.810)	0.056
Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.524$	n.s. (0.473)	0.109
	Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 35.657$	*** 0.001	1.000
	Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 0.010$	n.s. (0.920)	0.051

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo. Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tabla 7.115: ANCOVA. Escala de Inadaptación pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Puntuación Total Escala de Inadaptación	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.019$	n.s. (0.890)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 39.936$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 3.510$	n.s. (0.066)
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 0.037$	n.s. (0.848)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 28.192$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 5.145$	* 0.027
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 0.066$	n.s. (0.798)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 26.556$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.712$	n.s. (0.403)
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,59) = 0.002$	n.s. (0.969)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,59) = 38.215$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,59) = 0.317$	n.s. (0.576)
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.001$	n.s. (0.976)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 49.605$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 1.217$	n.s. (0.276)
Subescala: Trabajo/Estudio	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.518$	n.s. (0.474)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 24.313$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 3.614$	n.s. (0.062)
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 1.320$	n.s. (0.255)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 21.559$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 3.036$	n.s. (0.087)
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 2.019$	n.s. (0.161)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 21.980$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.450$	n.s. (0.505)
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,59) = 0.312$	n.s. (0.579)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,59) = 27.821$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,59) = 1.422$	n.s. (0.238)
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.266$	n.s. (0.608)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 50.995$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 3.197$	n.s. (0.080)
Subescala: Vida Social	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.944$	n.s. (0.335)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 16.789$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 0.393$	n.s. (0.533)
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 1.751$	n.s. (0.191)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 11.236$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 0.683$	n.s. (0.412)
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 0.842$	n.s. (0.363)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 11.252$	** 0.002
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.000$	n.s. (0.986)
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,59) = 0.817$	n.s. (0.370)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,59) = 15.197$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,59) = 0.221$	n.s. (0.640)
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.822$	n.s. (0.369)
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 23.497$	*** 0.001
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 0.783$	n.s. (0.381)

Tabla 7.115: continuación

	MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Subescala: Tiempo Libre	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.092$	n.s. (0.763)	0.060
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 42.835$	*** 0.001	1.000
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 0.434$	n.s. (0.512)	0.099
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 0.277$	n.s. (0.601)	0.081
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 18.997$	*** 0.001	0.990
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 2.409$	n.s. (0.126)	0.332
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 0.328$	n.s. (0.570)	0.087
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 14.193$	*** 0.001	0.959
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.012$	n.s. (0.912)	0.051
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,59) = 0.138$	n.s. (0.712)	0.065
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,59) = 31.409$	*** 0.001	1.000
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,59) = 0.011$	n.s. (0.917)	0.051
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.761$	n.s. (0.387)	0.137
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 40.549$	*** 0.001	1.000
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 0.958$	n.s. (0.333)	0.160
Subescala: Relación de pareja	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.004$	n.s. (0.950)	0.050
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 14.013$	*** 0.001	0.958
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 0.003$	n.s. (0.953)	0.050
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 1.000$	n.s. (0.322)	0.166
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 6.570$	* 0.013	0.712
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 2.366$	n.s. (0.190)	0.257
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 1.057$	n.s. (0.309)	0.172
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 10.718$	** 0.002	0.895
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.280$	n.s. (0.599)	0.081
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,59) = 0.429$	n.s. (0.515)	0.099
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,59) = 16.919$	*** 0.001	0.981
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,59) = 0.029$	n.s. (0.866)	0.053
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 1.424$	n.s. (0.239)	0.215
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 29.776$	*** 0.001	1.000
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 0.763$	n.s. (0.387)	0.137
Subescala: Vida Familiar	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 0.475$	n.s. (0.493)	0.104
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 15.130$	*** 0.001	0.969
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 8.182$	** 0.006	0.804
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 0.079$	n.s. (0.780)	0.059
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 17.199$	*** 0.001	0.983
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 5.046$	* 0.029	0.598
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 0.933$	n.s. (0.339)	0.158
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 13.133$	*** 0.001	0.945
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 1.563$	n.s. (0.217)	0.232
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,59) = 0.477$	n.s. (0.493)	0.104
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,59) = 18.067$	*** 0.001	0.987
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,59) = 0.181$	n.s. (0.672)	0.070
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 0.970$	n.s. (0.330)	0.162
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 24.463$	*** 0.001	0.998
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 0.060$	n.s. (0.808)	0.057
Subescala: Global	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,65) = 1.207$	n.s. (0.276)	0.191
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,65) = 23.475$	*** 0.001	0.998
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,65) = 3.865$	n.s. (0.054)	0.191
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,60) = 0.123$	n.s. (0.727)	0.064
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,60) = 17.090$	*** 0.001	0.982
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,60) = 8.828$	** 0.004	0.831
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,55) = 0.456$	n.s. (0.503)	0.102
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,55) = 21.599$	*** 0.001	0.995
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,55) = 0.335$	n.s. (0.565)	0.088
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,59) = 0.178$	n.s. (0.675)	0.070
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,59) = 26.546$	*** 0.001	0.999
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,59) = 1.242$	n.s. (0.270)	0.195
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F(1,51) = 1.268$	n.s. (0.266)	0.197
		Intra-sujeto (tiempo)	$F(1,51) = 25.905$	*** 0.001	0.999
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F(1,51) = 1.069$	n.s. (0.306)	0.173

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$
n.s. No significativo. Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

7.116: ANCOVA. Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Puntuación Total) pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

	MOMENTO	VARIABLES	Contraste	Sig.*	Potencia
Puntuación total Inventario Cogniciones Postraumáticas	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,65)} = 0.214$	n.s. (0.645)	0.074
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,65)} = 22.788$	*** 0.001	0.997
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,65)} = 0.124$	n.s. (0.726)	0.064
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,60)} = 0.038$	n.s. (0.847)	0.054
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,60)} = 30.853$	*** 0.001	1.000
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,60)} = 0.026$	n.s. (0.873)	0.053
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,55)} = 0.084$	n.s. (0.774)	0.059
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,55)} = 21.829$	*** 0.001	0.996
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,55)} = 0.000$	n.s. (0.998)	0.050
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,59)} = 0.632$	n.s. (0.430)	0.122
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,59)} = 26.624$	*** 0.001	0.999
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,59)} = 0.460$	n.s. (0.500)	0.102
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,51)} = 0.078$	n.s. (0.782)	0.059
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,51)} = 36.440$	*** 0.001	1.000
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,51)} = 0.200$	n.s. (0.657)	0.072
Subescala Cogniciones Postraumáticas sobre sí mismo	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,65)} = 0.235$	n.s. (0.629)	0.077
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,65)} = 32.497$	*** 0.001	1.000
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,65)} = 0.347$	n.s. (0.558)	0.089
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,60)} = 0.068$	n.s. (0.795)	0.058
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,60)} = 26.241$	*** 0.001	0.999
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,60)} = 0.167$	n.s. (0.685)	0.069
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,55)} = 0.290$	n.s. (0.592)	0.083
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,55)} = 25.862$	*** 0.001	0.999
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,55)} = 0.088$	n.s. (0.768)	0.060
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,59)} = 2.572$	n.s. (0.114)	0.351
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,59)} = 27.718$	*** 0.001	0.999
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,59)} = 0.119$	n.s. (0.732)	0.063
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,51)} = 0.801$	n.s. (0.375)	0.142
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,51)} = 29.422$	*** 0.001	1.000
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,51)} = 0.026$	n.s. (0.874)	0.053
Subescala Cogniciones Postraumáticas sobre el mundo	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,65)} = 0.807$	n.s. (0.373)	0.143
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,65)} = 10.580$	** 0.002	0.893
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,65)} = 0.001$	n.s. (0.976)	0.050
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,60)} = 0.712$	n.s. (0.402)	0.132
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,60)} = 13.714$	*** 0.001	0.998
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,60)} = 0.021$	n.s. (0.885)	0.052
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,55)} = 0.209$	n.s. (0.649)	0.073
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,55)} = 14.602$	*** 0.001	0.963
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,55)} = 0.008$	n.s. (0.930)	0.051
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,59)} = 0.242$	n.s. (0.624)	0.077
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,59)} = 21.107$	*** 0.001	0.995
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,59)} = 0.055$	n.s. (0.816)	0.056
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,51)} = 1.104$	n.s. (0.299)	0.177
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,51)} = 38.432$	*** 0.001	1.000
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,51)} = 0.020$	n.s. (0.888)	0.052
Subescala Autopunición	Pre-Post	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,65)} = 0.101$	n.s. (0.752)	0.061
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,65)} = 6.687$	* 0.012	0.721
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,65)} = 0.051$	n.s. (0.845)	0.054
	Pre-Seg 1 mes	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,60)} = 0.080$	n.s. (0.778)	0.059
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,60)} = 9.857$	** 0.003	0.870
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,60)} = 0.134$	n.s. (0.716)	0.065
	Pre-Seg 3 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,55)} = 0.516$	n.s. (0.476)	0.109
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,55)} = 7.554$	** 0.008	0.769
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,55)} = 0.055$	n.s. (0.816)	0.056
	Pre-Seg 6 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,59)} = 0.776$	n.s. (0.382)	0.139
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,59)} = 6.929$	* 0.011	0.734
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,59)} = 1.423$	n.s. (0.238)	0.216
	Pre-Seg 12 meses	Inter-grupo (tipo de grupo)	$F_{(1,51)} = 1.041$	n.s. (0.313)	0.170
		Intra-sujeto (tiempo)	$F_{(1,51)} = 8.973$	** 0.004	0.835
		Interacción (tipo de grupo*tiempo)	$F_{(1,51)} = 0.427$	n.s. (0.517)	0.098

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ *** Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo. Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Figura 7.68. Evolución en la puntuación BDI pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

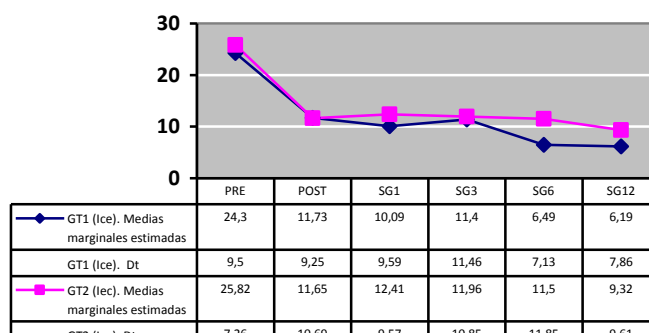


Figura 7.69. Evolución en la puntuación de la Escala de Autoestima pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

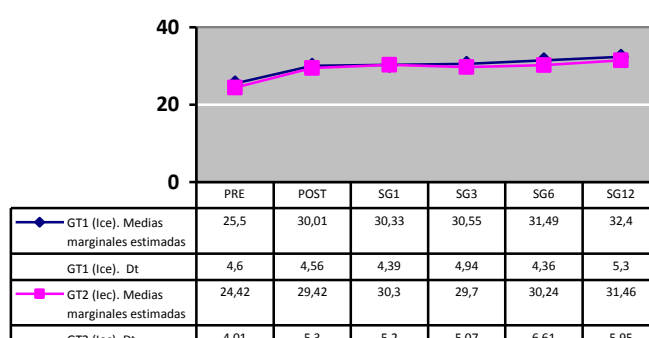


Figura 7.70. Evolución en la puntuación total de la Escala de Inadaptación pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas

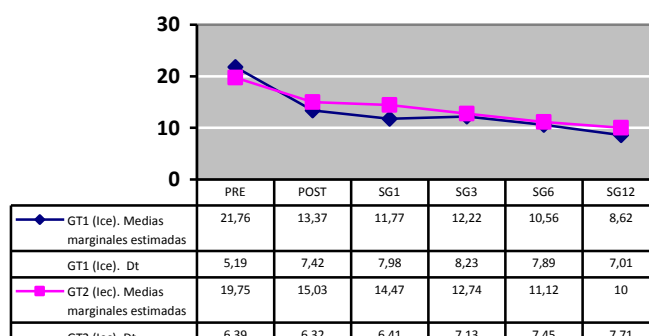
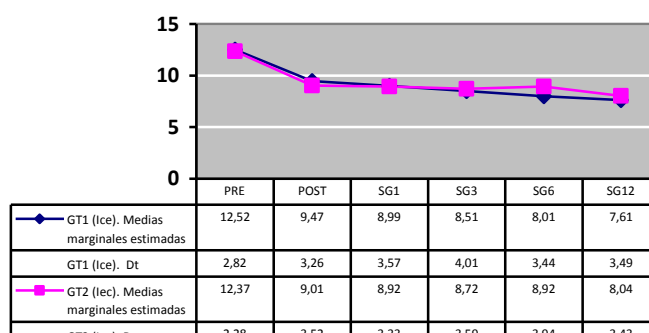


Figura 7.71. Evolución en la puntuación total del Inventario de Cogniciones Postraumáticas pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Medias marginales estimadas y desviaciones típicas



En ambos grupos se produce una marcada reducción de la sintomatología de depresión y cogniciones postraumáticas y mejora de la autoestima y adaptación. Los resultados *t* (tabla 7.117) permiten señalar que ambos tratamientos parecen alcanzar su propósito, ya que el valor de *t* para medidas relacionadas de comparación pre-post-seguimientos en los dos grupos y en la mayoría de las variables dependientes estudiadas son estadísticamente significativas. Los resultados ANCOVA respecto a los efectos inter-grupo no han resultado significativos para la mayoría de las variables, tampoco la interacción entre factores, ni la prueba *t* para medidas independientes, lo que sugiere que el cambio producido es similar en ambas condiciones experimentales.

La potencia de la investigación ha sido baja para todas aquellas comparaciones en las que no se han producido diferencias significativas, esto es, en las comparaciones inter-grupo e interacción. La potencia ha resultado adecuada (valores muy cercanos 0.80 o superiores), en las comparaciones intra-sujetos, en las que a su vez se ha obtenido a su vez un tamaño del efecto alto. Así, la ausencia de diferencias entre los grupos en parte de las medidas tendría que ver que con el tamaño del efecto pequeño o moderado y con el reducido tamaño muestral más que con una falta de potencia de contraste para detectarlas.

Tabla 7.117: Prueba *t* de comparación de medias: *t* de Medidas Repetidas para cada grupo estudiado y *t* de Medidas Independientes para comparar ambas muestras. Análisis pre-post-seguimientos para los grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), en las variables de adaptación y sintomatología concomitante

VARIABLES	<i>t</i> medidas repetidas (gl)				<i>t</i> medidas independientes (gl)	
	GT1 (Ice)		GT2 (Iec)			
	<i>t</i> (gl)	Sig.*	<i>t</i> (gl)	Sig.*	<i>t</i> (gl)	Sig.*
BDI	Pre-Post	8.814 (34) *** 0.001	6.150 (29) *** 0.001	0.870 (63) n.s. (0.387)		
	Pre-Seg: 1 m	9.693 (32) *** 0.001	6.662 (26) *** 0.001	0.395 (58) n.s. (0.694)		
	Pre-Seg: 3 m	7.871 (29) *** 0.001	5.864 (24) *** 0.001	0.638 (53) n.s. (0.526)		
	Pre-Seg: 6 m	11.637 (31) *** 0.001	6.237 (26) *** 0.001	-0.785 (41) ^†	n.s. (0.437)	
	Pre-Seg:12 m	12.903 (25) *** 0.001	7.822 (24) *** 0.001	-0.187 (49) n.s. (0.852)		
Escala de Autoestima	Pre-Post	-6.311 (34) *** 0.001	-5.249 (29) *** 0.001	-0.549 (63) n.s. (0.585)		
	Pre-Seg: 1 m	-7.246 (32) *** 0.001	-6.118 (26) *** 0.001	-1.384 (58) n.s. (0.172)		
	Pre-Seg: 3 m	-5.873 (29) *** 0.001	-5.185 (24) *** 0.001	-0.428 (53) n.s. (0.670)		
	Pre-Seg: 6 m	-7.019 (31) *** 0.001	-4.627 (26) *** 0.001	-0.197 (44) ^†	n.s. (0.845)	
	Pre-Seg:12 m	-8.343 (25) *** 0.001	-5.385 (24) *** 0.001	-0.173 (49) n.s. (0.864)		
Escala de Inadaptación	Pre-Post	5.571 (34) *** 0.001	3.886 (29) *** 0.001	0.041 (63) n.s. (0.967)		
	Pre-Seg: 1 m	5.831 (32) *** 0.001	4.271 (26) *** 0.001	-0.158 (58) n.s. (0.875)		
	Pre-Seg: 3 m	5.805 (29) *** 0.001	6.113 (24) *** 0.001	0.607 (53) n.s. (0.547)		
	Pre-Seg: 6 m	7.252 (31) *** 0.001	6.794 (26) *** 0.001	0.678 (57) n.s. (0.500)		
	Pre-Seg:12 m	7.912 (25) *** 0.001	6.843 (24) *** 0.001	0.280 (49) n.s. (0.781)		

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo ^ Grados de libertad corregidos †No se cumple el supuesto de homocedasticidad

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tabla 7.117: continuación

VARIABLES	<i>t</i> medidas repetidas (gl)				<i>t</i> medidas independientes (gl)	
	GT1 (Ice)		GT2 (Iec)			
	<i>t</i> (gl)	Sig.*	<i>t</i> (gl)	Sig.*	<i>t</i> (gl)	Sig.*
Subescala: Trabajo/Estudi						
Pre-Post	5.521 (34)	*** 0.001	4.264 (29)	*** 0.001	0.492 (63)	n.s. (0.625)
Pre-Seg: 1 m	5.070 (32)	*** 0.001	4.121 (26)	*** 0.001	0.637 (58)	n.s. (0.527)
Pre-Seg: 3 m	5.194 (29)	*** 0.001	5.192 (24)	*** 0.001	0.975 (53)	n.s. (0.334)
Pre-Seg: 6 m	6.950 (31)	*** 0.001	6.617 (26)	*** 0.001	0.633 (57)	n.s. (0.529)
Pre-Seg:12 m	6.448 (25)	*** 0.001	4.992 (24)	*** 0.001	0.068 (49)	n.s. (0.946)
Subescala: Vida social						
Pre-Post	3.176 (34)	** 0.003	3.042 (29)	** 0.005	-0.626 (63)	n.s. (0.534)
Pre-Seg: 1 m	3.010 (32)	** 0.005	3.407 (26)	** 0.002	-0.652 (58)	n.s. (0.517)
Pre-Seg: 3 m	4.136 (29)	*** 0.001	4.337 (24)	*** 0.001	-0.280 (53)	n.s. (0.780)
Pre-Seg: 6 m	3.968 (31)	*** 0.001	4.877 (26)	*** 0.001	0.037 (57)	n.s. (0.970)
Pre-Seg:12 m	5.637 (25)	*** 0.001	5.058 (24)	*** 0.001	-0.504 (49)	n.s. (0.616)
Subescala: Tiempo						
Pre-Post	4.773 (34)	*** 0.001	4.119 (29)	*** 0.001	0.783 (63)	n.s. (0.436)
Pre-Seg: 1 m	5.014 (32)	*** 0.001	4.156 (26)	*** 0.001	0.024 (58)	n.s. (0.981)
Pre-Seg: 3 m	5.066 (29)	*** 0.001	5.330 (24)	*** 0.001	1.091 (53)	n.s. (0.280)
Pre-Seg: 6 m	7.072 (31)	*** 0.001	6.563 (26)	*** 0.001	0.714 (57)	n.s. (0.478)
Pre-Seg:12 m	9.561 (25)	*** 0.001	6.731 (24)	*** 0.001	-0.484 (49)	n.s. (0.630)
Subescala: Pareja						
Pre-Post	3.260 (34)	** 0.003	4.447 (29)	*** 0.001	0.563 (63)	n.s. (0.575)
Pre-Seg: 1 m	4.722 (32)	*** 0.001	3.706 (26)	*** 0.001	-0.649 (58)	n.s. (0.519)
Pre-Seg: 3 m	3.471 (29)	** 0.002	3.819 (24)	*** 0.001	-0.290 (53)	n.s. (0.773)
Pre-Seg: 6 m	4.795 (31)	*** 0.001	5.244 (26)	*** 0.001	0.363 (57)	n.s. (0.718)
Pre-Seg:12 m	6.218 (25)	*** 0.001	5.477 (24)	*** 0.001	-0.545 (49)	n.s. (0.588)
Subescala: Vida familiar						
Pre-Post	2.795 (34)	** 0.008	-0.438 (29)	n.s. (0.665)	-1.766 (63)	n.s. (0.082)
Pre-Seg: 1 m	2.766 (32)	** 0.009	0.629 (26)	n.s. (0.535)	-0.249 (58)	n.s. (0.805)
Pre-Seg: 3 m	2.501 (29)	* 0.018	1.347 (24)	n.s. (0.191)	0.933 (53)	n.s. (0.355)
Pre-Seg: 6 m	2.311 (31)	* 0.028	2.302 (26)	* 0.030	1.344 (57)	n.s. (0.184)
Pre-Seg:12 m	2.857 (25)	** 0.008	2.803 (24)	** 0.010	1.229 (49)	n.s. (0.225)
Subescala: Global						
Pre-Post	6.618 (34)	*** 0.001	3.043 (29)	** 0.005	0.526 (63)	n.s. (0.601)
Pre-Seg: 1 m	6.987 (32)	*** 0.001	2.928 (26)	** 0.007	-0.147 (58)	n.s. (0.884)
Pre-Seg: 3 m	6.158 (29)	*** 0.001	5.975 (24)	*** 0.001	1.179 (53)	n.s. (0.244)
Pre-Seg: 6 m	8.756 (31)	*** 0.001	5.603 (26)	*** 0.001	0.622 (57)	n.s. (0.536)
Pre-Seg:12 m	8.062 (25)	*** 0.001	4.288 (24)	*** 0.001	1.037 (49)	n.s. (0.305)
Cogniciones Postraumáticas						
Pre-Post	6.272 (34)	*** 0.001	4.803 (29)	*** 0.001	1.052 (63)	n.s. (0.297)
Pre-Seg: 1 m	6.896 (32)	*** 0.001	5.643 (26)	*** 0.001	1.070 (58)	n.s. (0.289)
Pre-Seg: 3 m	5.484 (29)	*** 0.001	5.424 (24)	*** 0.001	0.841 (53)	n.s. (0.404)
Pre-Seg: 6 m	7.187 (31)	*** 0.001	4.868 (26)	*** 0.001	0.333 (57)	n.s. (0.741)
Pre-Seg:12 m	6.688 (25)	*** 0.001	5.675 (24)	*** 0.001	0.473 (49)	n.s. (0.638)
Subescala: Sí mismo						
Pre-Post	6.174 (34)	*** 0.001	5.783 (29)	*** 0.001	0.695 (63)	n.s. (0.490)
Pre-Seg: 1 m	5.621 (32)	*** 0.001	4.879 (26)	*** 0.001	1.069 (58)	n.s. (0.289)
Pre-Seg: 3 m	8.011 (29)	*** 0.001	5.028 (24)	*** 0.001	0.570 (53)	n.s. (0.571)
Pre-Seg: 6 m	8.591 (31)	*** 0.001	4.412 (26)	*** 0.001	-0.267 (57)	n.s. (0.791)
Pre-Seg:12 m	9.018 (25)	*** 0.001	5.370 (24)	*** 0.001	0.137 (49)	n.s. (0.892)
Subescala: Mundo						
Pre-Post	4.867 (34)	*** 0.001	3.663 (29)	*** 0.001	0.817 (63)	n.s. (0.417)
Pre-Seg: 1 m	6.125 (32)	*** 0.001	5.276 (26)	*** 0.001	1.090 (58)	n.s. (0.280)
Pre-Seg: 3 m	4.040 (29)	*** 0.001	4.786 (24)	*** 0.001	1.146 (53)	n.s. (0.257)
Pre-Seg: 6 m	5.169 (31)	*** 0.001	4.845 (26)	*** 0.001	0.989 (57)	n.s. (0.327)
Pre-Seg:12 m	5.261 (25)	*** 0.001	5.755 (24)	*** 0.001	0.985 (49)	n.s. (0.329)
Subescala: Autopunción						
Pre-Post	2.899 (34)	** 0.007	3.033 (29)	** 0.005	0.952 (63)	n.s. (0.345)
Pre-Seg: 1 m	4.111 (32)	*** 0.001	3.664 (26)	*** 0.001	0.607 (58)	n.s. (0.546)
Pre-Seg: 3 m	3.013 (29)	** 0.005	4.030 (24)	*** 0.001	0.402 (53)	n.s. (0.689)
Pre-Seg: 6 m	3.667 (31)	*** 0.001	2.911 (26)	** 0.007	0.144 (57)	n.s. (0.886)
Pre-Seg:12 m	2.844 (25)	** 0.009	3.577 (24)	** 0.002	-0.071 (49)	n.s. (0.943)

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$ ** Nivel de significación $p < 0.01$ ***Nivel de significación $p < 0.001$

n.s. No significativo ^ Grados de libertad corregidos †No se cumple el supuesto de homocedasticidad

Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Seg=Seguimiento / GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tamaño del Efecto

El tamaño del efecto intra-sujeto es alto en las dos condiciones, con un promedio de 1.93 en el BDI, 1.16 en Autoestima, 1.48 en la puntuación total de la Escala de Inadaptación (Subescalas: 1.35 trabajo/estudios, 0.88 vida social, 1.37 tiempo libre, 0.97 relación de pareja, 0.61 vida familiar y 1.42 global) y 1.15 en la puntuación total de Cogniciones Postraumáticas (Subescalas: 1.21 sí mismo, 0.87 mundo y 0.70 autopunición) para la condición 1 (GT1) y un promedio de 1.60 en el BDI, 1.20 en Autoestima, 1.25 en la puntuación total de la Escala de Inadaptación (Subescalas: 1.21 trabajo/estudios, 0.96 vida social, 1.24 tiempo libre, 0.93 relación de pareja, 0.33 vida familiar y 1.05 global) y 1.31 en la puntuación total de Cogniciones Postraumáticas (Subescalas: 1.17 sí mismo, 1.15 mundo y 0.77 autopunición) para la condición 2 (GT2). Estos resultados indican que el cambio producido en las variables dependientes estudiadas es relevante en las dos condiciones, a excepción de las subescalas: inadaptación a la vida familiar y autopunición en cogniciones postraumáticas, en ambos grupos. El tamaño del efecto inter-grupo muestra que la magnitud del tamaño del efecto es bajo en todas las medidas, por lo que los resultados son poco interesantes para la comparación entre los grupos. La tabla 7.118 muestra estos resultados.

Significación Clínica

Si tenemos en cuenta a las participantes que inician el tratamiento (tabla 7.119 y figuras 7.72 a 7.74) en relación a los síntomas de depresión en el GT1, el 27.7% de las participantes no solo mejoran en esta variable y no presentan diagnóstico al postratamiento, sino que se incrementa progresivamente en los seguimientos hasta un 42.6% a los 12 meses. En el GT2, se obtiene un 41.7% de recuperación al postratamiento, resultado que se reduce al año (37.5%). En autoestima se obtiene una mejoría clínica en los dos grupos en un rango que oscila entre 34% (postratamiento) y 36.2% (seguimiento 12 meses) en el GT1 y de 45.8% (postratamiento) a 39.6% (seguimiento 12 meses) en el GT2. En cuanto a la adaptación, el GT1 presenta un nivel de inadaptación del 97.9% en el pretratamiento y se reduce hasta 49% al postratamiento decreciendo hasta alcanzar 19.1% en el último seguimiento. Del mismo modo, en el GT2 se pasa del 93.8% que presenta inadaptación en el pretratamiento a un 37.5% en el postratamiento y disminuye progresivamente hasta alcanzar un 16.7% al año de seguimiento.

Tabla 7.118: Tamaño del efecto: d de Cohen. Grupos según el orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec), en las variables de adaptación y sintomatología concomitante al postratamiento y seguimientos. Muestra que finaliza el tratamiento

	VARIABLES	GT1 (Ice) <i>Intra-grupo</i>			GT2 (Iec) <i>Intra-grupo</i>			<i>Tamaño del Efecto* (d)</i> <i>Inter-grupo</i>
		PRE Media (DT)	POST/SEGS Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d)</i> <i>Intra-grupo</i>	PRE Media (DT)	POST/SEGS Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d)</i> <i>Intra-grupo</i>	
BDI	Pre-Postratamiento	25.60 (9.50)	12.69 (9.25)	1.38	24.30 (7.26)	10.53 (10.69)	1.51	0.22
	Pre-Seguimiento: 1 mes	26.21 (9.44)	11.58 (9.59)	2.59	24.37 (7.45)	10.59 (9.57)	1.61	0.10
	Pre-Seguimiento: 3 meses	25.73 (10.13)	12.53 (11.46)	1.22	24.60 (7.70)	10.60 (10.85)	1.49	0.17
	Pre-Seguimiento: 6 meses	25.91 (9.84)	7.84 (7.13)	2.10	24.48 (7.42)	9.89 (11.85)	1.48	0.21
	Pre-Seguimiento: 12 meses	27.12 (8.89)	7.50 (7.86)	2.34	24.48 (7.80)	7.96 (6.61)	1.89	0.05
Escala de Autoestima	Pre-Postratamiento	24.89 (4.60)	29.43 (4.56)	0.99	25.13 (4.01)	30.10 (5.30)	1.06	0.14
	Pre-Seguimiento: 1 mes	24.64 (4.59)	29.55 (4.39)	1.09	24.96 (4.15)	31.26 (5.20)	1.34	0.36
	Pre-Seguimiento: 3 meses	24.97 (4.94)	29.90 (4.94)	1.00	24.88 (4.23)	30.48 (5.07)	1.20	0.12
	Pre-Seguimiento: 6 meses	25.06 (4.76)	30.78 (4.36)	1.25	25.04 (4.14)	31.07 (6.61)	1.09	0.05
	Pre-Seguimiento: 12 meses	24.92 (4.15)	31.81 (5.30)	1.45	25.40 (4.18)	32.08 (5.95)	1.30	0.05
Escala de Inadaptación	Pre-Postratamiento	21.91 (5.19)	14.17 (7.42)	1.21	19.57 (6.39)	14.10 (6.32)	0.86	0.01
	Pre-Seguimiento: 1 mes	21.79 (5.32)	12.85 (7.98)	1.32	19.22 (6.52)	13.15 (6.41)	0.94	0.04
	Pre-Seguimiento: 3 meses	21.93 (5.47)	13.03 (8.23)	1.27	19.88 (5.77)	11.76 (7.13)	1.25	0.16
	Pre-Seguimiento: 6 meses	21.56 (5.29)	11.44 (7.89)	1.51	20.19 (5.76)	10.07 (7.45)	1.52	0.18
	Pre-Seguimiento: 12 meses	22.08 (4.80)	9.58 (7.01)	2.08	20.12 (5.50)	9.00 (7.71)	1.66	0.08
Subescala: Trabajo/Estudio	Pre-Postratamiento	3.57 (1.38)	1.97 (1.50)	1.11	2.93 (1.08)	1.80 (1.27)	0.96	0.12
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.64 (1.39)	1.91 (1.57)	1.24	2.85 (1.10)	1.67 (1.33)	0.97	0.16
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.64 (1.42)	1.87 (1.59)	1.17	2.92 (0.95)	1.48 (1.29)	1.27	0.27
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.53 (1.41)	1.44 (1.41)	1.48	3.00 (0.96)	1.22 (1.15)	1.41	0.17
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.73 (1.34)	1.31 (1.41)	1.76	3.08 (0.95)	1.28 (1.49)	1.44	0.01
Subescala Vida social	Pre-Postratamiento	2.94 (1.37)	1.94 (1.47)	0.70	3.17 (1.53)	2.17 (1.39)	0.68	0.16
	Pre-Seguimiento: 1 mes	2.91 (1.40)	1.82 (1.61)	0.72	3.19 (1.54)	2.07 (1.38)	0.77	0.17
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.00 (1.41)	1.77 (1.57)	0.82	3.32 (1.46)	1.88 (1.39)	1.01	0.07
	Pre-Seguimiento: 6 meses	2.88 (1.41)	1.72 (1.65)	0.76	3.37 (1.44)	1.70 (1.41)	1.17	0.01
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.08 (1.38)	1.19 (1.33)	1.39	3.20 (1.44)	1.40 (1.61)	1.18	0.14
Subescala Tiempo Libre	Pre-Postratamiento	3.89 (1.21)	2.49 (1.69)	0.95	3.60 (1.48)	2.17 (1.58)	0.93	0.20
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.82 (1.21)	2.12 (1.76)	1.13	3.52 (1.53)	2.11 (1.50)	0.93	0.01
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.93 (1.20)	2.20 (1.58)	1.23	3.60 (1.38)	1.72 (1.67)	1.23	0.30
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.91 (1.20)	1.75 (1.68)	1.48	3.70 (1.38)	1.44 (1.58)	1.52	0.19
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.85 (1.25)	1.15 (1.35)	2.08	3.72 (1.27)	1.36 (1.68)	1.58	0.14

* Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Segs=Seguimientos/ DT=Desviación Típica / GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tabla 7.118: continuación

	VARIABLES Medida y Momento de Evaluación	GT1 (Ice) <i>Intra-grupo</i>			GT2 (Iec) <i>Intra-grupo</i>			<i>Tamaño del Efecto* (d) Inter-grupo</i>
		PRE Media (DT)	POST/SEGS Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo</i>	PRE Media (DT)	POST/SEGS Media (DT)	<i>Tamaño del Efecto* (d) Intra-grupo</i>	
Subescala Pareja	Pre-Postratamiento	4.03 (1.42)	3.03 (1.74)	0.63	3.83 (1.29)	2.80 (1.49)	0.64	0.14
	Pre-Seguimiento: 1 mes	4.00 (1.46)	2.55 (1.70)	0.92	3.85 (1.35)	2.81 (1.47)	0.74	0.16
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.93 (1.48)	2.67 (1.84)	0.75	3.96 (1.34)	2.80 (1.50)	0.82	0.08
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.97 (1.47)	2.28 (1.78)	1.04	3.93 (1.30)	2.11 (1.80)	1.16	0.01
	Pre-Seguimiento: 12 meses	4.12 (1.31)	1.81 (1.70)	1.52	4.08 (1.19)	2.08 (1.87)	1.28	0.15
Subescala Vida familiar	Pre-Postratamiento	3.14 (1.80)	1.97 (1.74)	0.66	2.50 (1.76)	2.67 (1.37)	0.11	0.44
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.06 (1.82)	1.94 (1.43)	0.68	2.30 (1.73)	2.04 (1.60)	0.16	0.07
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.10 (1.86)	2.20 (1.54)	0.53	2.28 (1.65)	1.80 (1.63)	0.29	0.25
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.00 (1.81)	2.16 (1.63)	0.49	2.48 (1.74)	1.59 (1.57)	0.54	0.36
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.24 (1.80)	1.81 (1.67)	0.71	2.48 (1.73)	1.28 (1.37)	0.77	0.35
Subescala Global	Pre-Postratamiento	4.29 (0.89)	2.74 (1.50)	1.26	3.50 (1.46)	2.57 (1.13)	0.71	0.13
	Pre-Seguimiento: 1 mes	4.30 (0.92)	2.58 (1.58)	1.33	3.48 (1.50)	2.63 (1.18)	0.63	0.04
	Pre-Seguimiento: 3 meses	4.27 (0.94)	2.57 (1.69)	1.24	3.76 (1.16)	2.08 (1.29)	1.37	0.32
	Pre-Seguimiento: 6 meses	4.22 (0.91)	2.13 (1.64)	1.58	3.67 (1.36)	1.89 (1.19)	1.39	0.17
	Pre-Seguimiento: 12 meses	4.31 (0.84)	2.31 (1.46)	1.68	3.52 (1.36)	1.88 (1.48)	1.15	0.29
Cogniciones Postraumáticas	Pre-Postratamiento	12.71 (2.82)	9.67 (3.26)	1.00	12.16 (2.28)	8.78 (3.52)	1.14	0.26
	Pre-Seguimiento: 1 mes	12.80 (2.73)	9.39 (3.57)	1.07	12.18 (2.32)	8.43 (3.33)	1.31	0.28
	Pre-Seguimiento: 3 meses	12.48 (2.90)	9.00 (4.01)	0.99	12.28 (2.38)	8.13 (3.59)	1.36	0.23
	Pre-Seguimiento: 6 meses	12.66 (2.91)	8.57 (3.44)	1.28	12.31 (2.35)	8.26 (3.94)	1.25	0.08
	Pre-Seguimiento: 12 meses	12.40 (2.54)	8.05 (3.48)	1.43	11.97 (2.35)	7.59 (3.43)	1.49	0.13
Subescala Sí mismo	Pre-Postratamiento	3.74 (1.04)	2.51 (1.09)	1.15	3.70 (1.15)	2.30 (1.33)	1.14	0.17
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.75 (1.07)	2.73 (1.31)	0.85	3.63 (1.09)	2.37 (1.31)	1.05	0.27
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.72 (1.09)	2.41 (1.30)	1.09	3.67 (1.12)	2.21 (1.26)	1.23	0.16
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.72 (1.06)	2.27 (1.01)	1.40	3.76 (1.19)	2.35 (1.46)	1.06	0.06
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.72 (0.97)	2.12 (1.08)	1.56	3.62 (1.11)	2.08 (1.17)	1.38	0.11
Subescala Mundo	Pre-Postratamiento	5.17 (1.41)	4.15 (1.43)	0.73	4.86 (1.02)	3.85 (1.54)	0.77	0.20
	Pre-Seguimiento: 1 mes	5.28 (1.35)	4.00 (1.56)	0.88	4.92 (0.99)	3.57 (1.43)	1.10	0.29
	Pre-Seguimiento: 3 meses	5.14 (1.45)	3.96 (1.81)	0.72	4.95 (1.02)	3.45 (1.42)	1.21	0.31
	Pre-Seguimiento: 6 meses	5.15 (1.44)	3.76 (1.57)	0.92	4.97 (1.00)	3.34 (1.64)	1.20	0.26
	Pre-Seguimiento: 12 meses	5.18 (1.25)	3.46 (1.77)	1.12	4.78 (1.04)	3.02 (1.37)	1.45	0.28
Subescala Autopunición	Pre-Postratamiento	3.75 (1.51)	2.98 (1.40)	0.53	3.57 (1.27)	2.65 (1.38)	0.69	0.20
	Pre-Seguimiento: 1 mes	3.74 (1.41)	2.69 (1.30)	0.77	3.63 (1.31)	2.49 (1.25)	0.89	0.16
	Pre-Seguimiento: 3 meses	3.59 (1.45)	2.63 (1.48)	0.66	3.66 (1.35)	2.47 (1.48)	0.84	0.11
	Pre-Seguimiento: 6 meses	3.76 (1.57)	2.61 (1.41)	0.77	3.58 (1.33)	2.56 (1.62)	0.69	0.03
	Pre-Seguimiento: 12 meses	3.48 (1.48)	2.46 (1.15)	0.77	3.54 (1.31)	2.49 (1.49)	0.75	0.02

* Todos los valores del tamaño del efecto se muestran en valores absolutos Abreviaturas: Pre=Pretratamiento / Post=Postratamiento / Segs=Seguimientos/ DT=Desviación Típica / GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Tabla 7.119: Distribución según sintomatología concomitante y de adaptación al tratamiento y seguimientos de los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento

BDI						
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	AUSENCIA N (%)	LEVE N (%)	MODERADA N (%)	GRAVE N (%)	DESCONOCIDO N (%)
Pretratamiento	GT1(Ice)	2 (4.3)	5 (10.6)	22 (46.8)	18 (38.3)	
	GT2(Iec)	3 (6.3)	2 (4.2)	26 (54.2)	17 (35.3)	
Postratamiento	GT1(Ice)	13 (27.7)	12 (25.5)	8 (17.0)	2 (4.3)	12 (25.5)
	GT2(Iec)	20 (41.7)	5 (10.4)	3 (6.3)	2 (4.2)	18 (37.5)
Seguimiento: 1 mes	GT1(Ice)	17 (36.2)	7 (14.9)	8 (17.0)	1 (2.1)	14 (29.8)
	GT2(Iec)	13 (27.1)	9 (18.8)	3 (6.3)	2 (4.2)	21 (43.8)
Seguimiento: 3 meses	GT1(Ice)	15 (31.9)	6 (12.8)	7 (14.9)	2 (4.3)	17 (36.2)
	GT2(Iec)	16 (33.3)	4 (8.3)	2 (4.2)	3 (6.3)	23 (47.9)
Seguimiento: 6 meses	GT1(Ice)	22 (46.8)	8 (17.0)	2 (4.3)	0 (0.0)	15 (31.9)
	GT2(Iec)	20 (41.7)	2 (4.2)	2 (4.2)	3 (6.3)	21 (43.8)
Seguimiento: 12 meses	GT1(Ice)	20 (42.6)	4 (8.5)	1 (2.1)	1 (2.1)	21 (44.7)
	GT2(Iec)	18 (37.5)	4 (8.3)	2 (4.2)	1 (2.1)	23 (47.9)
AUTOESTIMA						
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ALTA N(%)		BAJA N(%)		DESCONOCIDO N(%)
Pretratamiento	GT1(Ice)	7 (14.9)		40 (88.1)		
	GT2(Iec)	6 (12.5)		42 (87.5)		
Postratamiento	GT1(Ice)	16 (34.0)		19 (40.5)		12 (25.5)
	GT2(Iec)	22 (45.8)		8 (16.7)		18 (37.5)
Seguimiento: 1 mes	GT1(Ice)	20 (42.6)		13 (27.6)		14 (29.8)
	GT2(Iec)	19 (39.6)		8 (16.7)		21 (43.8)
Seguimiento: 3 meses	GT1(Ice)	18 (38.3)		12(25.5)		17 (36.2)
	GT2(Iec)	15 (31.3)		10 (20.8)		23 (47.9)
Seguimiento: 6 meses	GT1(Ice)	22 (46.8)		10 (21.3)		15 (31.9)
	GT2(Iec)	18 (37.5)		9 (18.8)		21 (43.8)
Seguimiento: 12 meses	GT1(Ice)	17 (36.2)		9 (19.1)		21 (44.7)
	GT2(Iec)	19 (39.6)		6 (12.5)		23 (47.9)
INDAPTACIÓN						
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ADAPTACIÓN N(%)		INADAPTACIÓN N(%)		DESCONOCIDO N(%)
Pretratamiento	GT1(Ice)	1 (2.1)		46 (97.9)		
	GT2(Iec)	3 (6.3)		45 (93.8)		
Postratamiento	GT1(Ice)	12 (25.5)		23 (49.0)		12 (25.5)
	GT2(Iec)	12 (25.0)		18 (37.5)		18 (37.5)
Seguimiento: 1 mes	GT1(Ice)	14 (29.8)		19 (40.4)		14 (29.8)
	GT2(Iec)	10 (20.8)		17 (35.4)		21 (43.8)
Seguimiento: 3 meses	GT1(Ice)	13 (27.7)		17 (36.2)		17 (36.2)
	GT2(Iec)	13 (27.1)		12 (25.0)		23 (47.9)
Seguimiento: 6 meses	GT1(Ice)	18 (38.3)		14 (29.8)		15 (31.9)
	GT2(Iec)	18 (37.5)		9 (18.8)		21 (43.8)
Seguimiento: 12 meses	GT1(Ice)	17 (36.2)		9 (19.1)		21 (44.7)
	GT2(Iec)	17 (35.4)		8 (16.7)		23 (47.9)

GT1(Ice)
GT2(Iec)

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Figura 7.72. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento

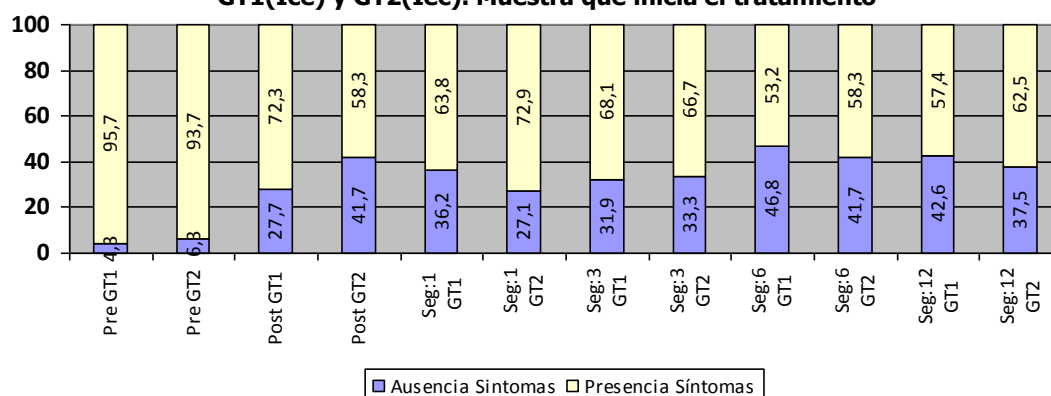


Figura 7.73. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento

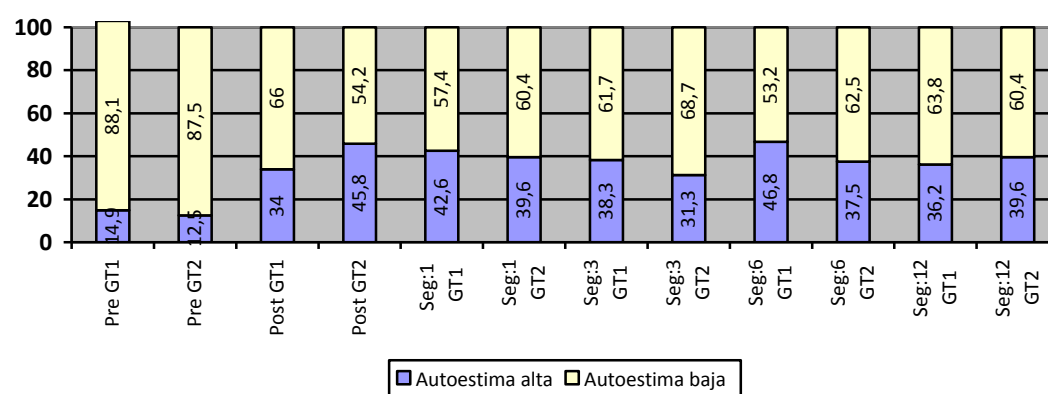
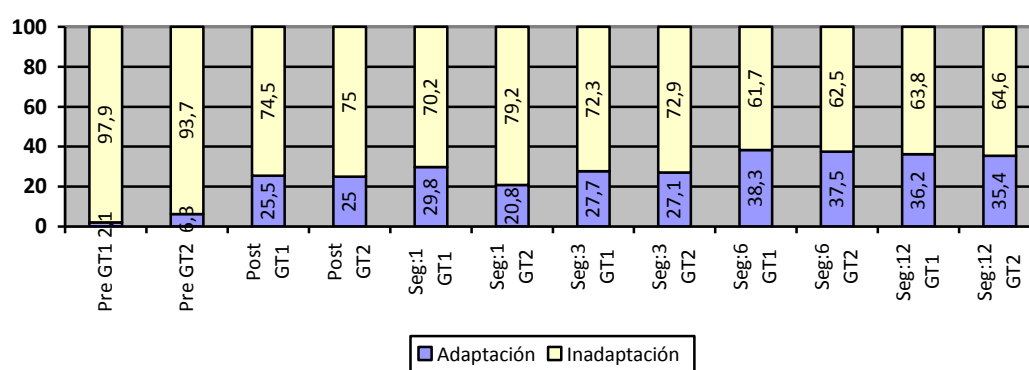


Figura 7.74. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que inicia el tratamiento



Los resultados mejoran si tenemos en cuenta a las participantes que completan el tratamiento (tabla 7.120 y figuras 7.75 a 7.77). El 37.1% mejoran en depresión y no presentan diagnóstico al postratamiento, valor que se incrementa progresivamente en los seguimientos hasta un 76.9% a los 12 meses. En el GT2, se obtiene un 66.7% de recuperación al postratamiento, aumentando hasta un 72% al año. En autoestima, al

postratamiento el 45.7% de las participantes del GT1 mejoran, presentando una alta autoestima e incrementándose las frecuencias a lo largo de todo el periodo de seguimientos. En el GT2 más de un 73.3% de las participantes no solo mejoran en esta variable sino que se recuperan desde el punto de vista clínico al postratamiento y se mantiene en los seguimientos. En cuanto a la adaptación, el GT1 alcanza adaptación en el 34.3% al postratamiento y asciende hasta 65.4% en el último seguimiento, en el GT2 oscila entre 40% de recuperación al postratamiento y 68% al año.

Tabla 7.120: Distribución según sintomatología concomitante y de adaptación al tratamiento y seguimientos de los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento

tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec): Muestra que maniza el tratamiento						
BDI						
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	AUSENCIA N(%)	LEVE N(%)	MODERADA N(%)	GRAVE N(%)	
Pretratamiento	GT1(Ice)	2 (4.3)	5 (10.6)	22 (46.8)	18 (38.3)	
	GT2(Iec)	3 (6.3)	2 (4.2)	26 (54.2)	17 (35.4)	
Postratamiento	GT1(Ice)	13 (37.1)	12 (34.3)	8 (22.9)	2 (5.7)	
	GT2(Iec)	20 (66.7)	5 (16.7)	3 (10.0)	2 (6.7)	
Seguimiento: 1 mes	GT1(Ice)	17 (51.5)	7 (21.2)	8 (24.2)	1 (3.0)	
	GT2(Iec)	13 (48.1)	9 (33.3)	3 (11.1)	2 (7.4)	
Seguimiento: 3 meses	GT1(Ice)	15 (50.0)	6 (20.0)	7 (23.3)	2 (6.7)	
	GT2(Iec)	16 (64.0)	4 (16.0)	2 (8.0)	3 (12.0)	
Seguimiento: 6 meses	GT1(Ice)	22 (68.8)	8 (25.0)	2 (6.3)	0 (0.0)	
	GT2(Iec)	20 (74.1)	2 (7.4)	2 (7.4)	3 (11.1)	
Seguimiento: 12 meses	GT1(Ice)	20 (76.9)	4 (15.4)	1 (3.8)	1 (3.8)	
	GT2(Iec)	18 (72.0)	4 (16.0)	2 (8.0)	1 (4.0)	
AUTOESTIMA						
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ALTA N(%)			BAJA N(%)	
Pretratamiento	GT1(Ice)	7 (14.9)			40 (88.1)	
	GT2(Iec)	6 (12.5)			42 (87.5)	
Postratamiento	GT1(Ice)	16 (45.7)			19 (54.3)	
	GT2(Iec)	22 (73.3)			8 (26.7)	
Seguimiento: 1 mes	GT1(Ice)	20 (60.6)			13 (39.4)	
	GT2(Iec)	19 (70.4)			8 (29.6)	
Seguimiento: 3 meses	GT1(Ice)	18 (60.0)			12 (40.0)	
	GT2(Iec)	15 (60.0)			10 (40.0)	
Seguimiento: 6 meses	GT1(Ice)	22 (68.8)			10 (31.3)	
	GT2(Iec)	18 (66.7)			9 (33.3)	
Seguimiento: 12 meses	GT1(Ice)	17 (65.4)			9 (34.6)	
	GT2(Iec)	19 (76.0)			6 (24.0)	
INDAPTACIÓN						
EVALUACIÓN	TIPO DE GRUPO	ADAPTACIÓN N(%)			INADAPTACIÓN N(%)	
Pretratamiento	GT1(Ice)	1 (2.1)			46 (97.9)	
	GT2(Iec)	3 (6.3)			45 (93.7)	
Postratamiento	GT1(Ice)	12 (34.3)			23 (65.7)	
	GT2(Iec)	12 (40.0)			18 (60.0)	
Seguimiento: 1 mes	GT1(Ice)	14 (42.4)			19 (57.6)	
	GT2(Iec)	10 (37.0)			17 (63.0)	
Seguimiento: 3 meses	GT1(Ice)	13 (43.3)			17 (56.7)	
	GT2(Iec)	13 (52.0)			12 (48.0)	
Seguimiento: 6 meses	GT1(Ice)	18 (56.3)			14 (43.8)	
	GT2(Iec)	18 (66.7)			9 (33.3)	
Seguimiento: 12 meses	GT1(Ice)	17 (65.4)			9 (34.6)	
	GT2(Iec)	17 (68.0)			8 (32.0)	

Abreviaturas: GT=grupo experimental de la muestra total de tratamiento/ Ice= Intervención cognitiva + exposición /Iec=Intervención exposición + cognitiva

Figura 7.75. Resultado final: BDI al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento

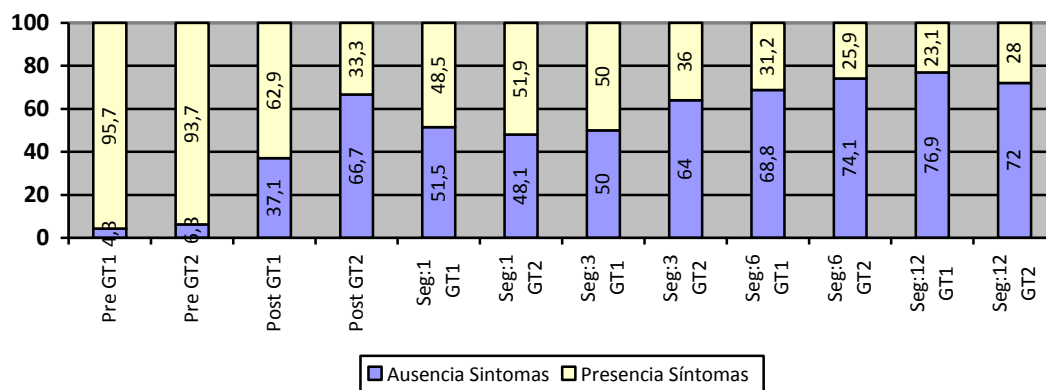


Figura 7.76. Resultado final: Autoestima al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento

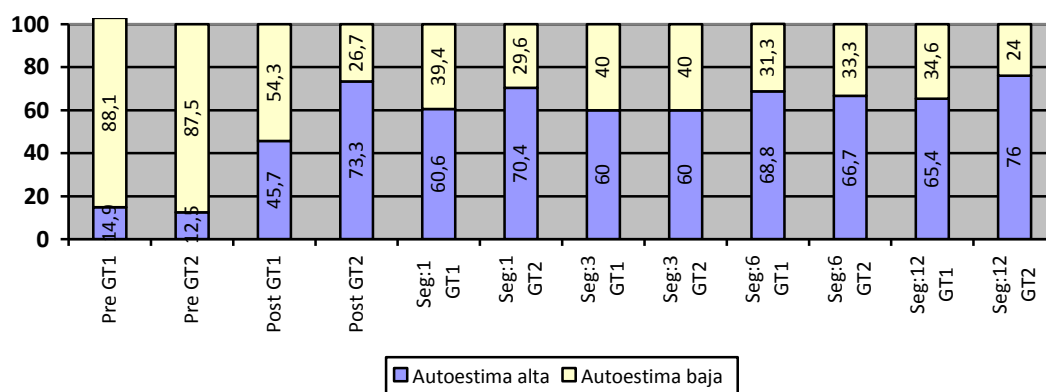
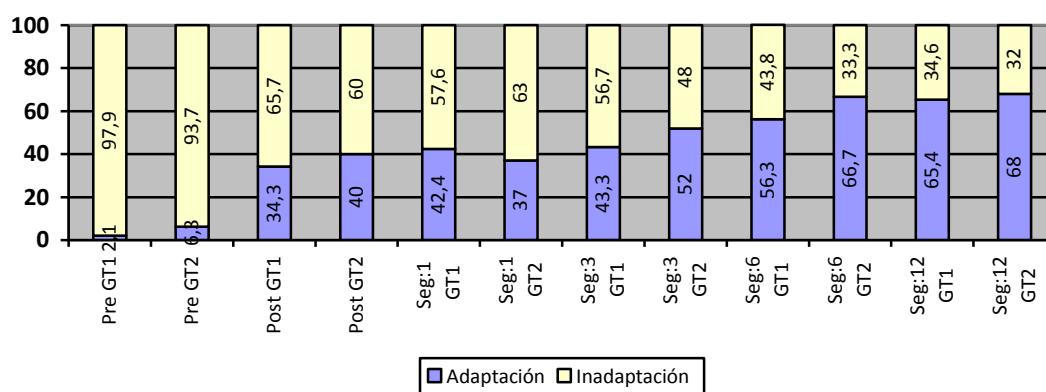


Figura 7.77. Resultado final: Inadaptación al postratamiento y seguimientos. Comparación entre los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec). Muestra que finaliza el tratamiento



Las diferencias clínicas que se aprecian entre los dos grupos están justificadas desde el punto de vista estadístico como puede observarse en la tabla 7.121.

Tabla 7.121: Prueba Chi-cuadrado (χ^2) intergrupo. Diagnóstico de la sintomatología concomitante y variables de adaptación pre-post-seguimientos de los grupos según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de tratamiento: GT1(Ice) y GT2(Iec)

VARIABLES Diagnóstico	MOMENTO Evaluación	χ^2 (gl, N)	Sig.*
BDI	Pre-Postratamiento	6.293(3,65)	n.s. (0.098)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	2.818(3,60)	n.s. (0.421)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	2.980(3,55)	n.s. (0.395)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	6.317(1,59)	n.s. (0.097)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	0.419(1,51)	n.s. (0.936)
Escala Autoestima	Pre-Postratamiento	5.074(1,65)	* 0.024
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.622(1,60)	n.s. (0.430)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	0.000(1,55)	n.s. (1.000)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	0.029(1,59)	n.s. (1.000)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	0.692(1,51)	n.s. (0.406)
Escala Inadaptación	Pre-Postratamiento	0.226(1,65)	n.s. (0.634)
	Pre-Seguimiento: 1 mes	0.180(1,60)	n.s. (0.672)
	Pre-Seguimiento: 3 meses	0.411(1,55)	n.s. (0.522)
	Pre-Seguimiento: 6 meses	0.668(1,59)	n.s. (0.414)
	Pre- Seguimiento: 12 meses	0.039(1,51)	n.s. (0.843)

* Nivel De significación $p < 0.05$

n.s. No significativo

7.3. Confirmación de Hipótesis

La confirmación de hipótesis se resume en la figura 7.78.

Figura 7.78: Confirmación de Hipótesis

Hipótesis 1:	
Si el tratamiento es más eficaz que el no tratamiento, entonces:	
Habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de TEPT en el postratamiento de las participantes asignadas al grupo de tratamiento en comparación con el grupo de no tratamiento	Se confirma
La reducción significativa de síntomas de TEPT en el postratamiento se mantendrá en el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en las participantes asignadas al grupo de tratamiento	Se confirma
Habrá un grado significativamente mayor de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en el postratamiento de las participantes asignadas al grupo de tratamiento en comparación con el grupo de no tratamiento	Se confirma
La reducción y/o mejoría significativa de las variables asociadas al TEPT en el postratamiento (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) se mantendrá el seguimiento al mes, tres, seis y doce meses en las participantes asignadas al grupo de tratamiento	Se confirma
Hipótesis 2:	
Si el tratamiento de formato individual es igual de eficaz que el tratamiento de formato grupal, entonces:	
No habrá diferencias en el grado de remisión de síntomas de TEPT en el postratamiento entre ambos formatos de tratamiento	Se confirma
No habrá diferencias en el grado de remisión de síntomas de TEPT en los seguimientos entre ambos formatos de tratamiento	No se confirma
No habrá diferencias en el grado de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en el postratamiento entre ambos formatos de tratamiento	Se confirma
No habrá diferencias en el grado de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en los seguimientos entre ambos formatos de tratamiento	Se confirma parcialmente

Figura 7.78: Continuación

Hipótesis 3: Si para obtener mejores resultados en el tratamiento del TEPT es necesario trabajar los componentes cognitivos antes de abordar la exposición, entonces:	
Habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de TEPT en las participantes que en el formato de tratamiento individual son asignadas al grupo experimental 1 (*), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (*), en el postratamiento	No se confirma
Habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de TEPT en las participantes que en el formato de tratamiento individual son asignadas al grupo experimental 1 (*), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (*), en los seguimientos	No se confirma
Habrá un grado significativamente mayor de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en las participantes que en el formato de tratamiento individual son asignadas al grupo experimental 1 (*), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (*), en el postratamiento	No se confirma
Habrá un grado significativamente mayor de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en las participantes que en el formato de tratamiento individual son asignadas al grupo experimental 1 (*), en comparación con las asignadas al grupo experimental 2 (*), en los seguimientos	No se confirma
Si se considera a todas las participantes del programa de tratamiento (Formato: individual y grupal) de forma conjunta, habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de TEPT en el grupo experimental 1 (*), en comparación con el grupo experimental 2 (*), en el postratamiento	No se confirma
Si se considera a todas las participantes del programa de tratamiento (Formato: individual y grupal) de forma conjunta, habrá un grado significativamente mayor de remisión de síntomas de TEPT en el grupo experimental 1 (*), en comparación con el grupo experimental 2 (*), en los seguimientos	Se confirma parcialmente
Si se considera a todas las participantes del programa de tratamiento (Formato: individual y grupal) de forma conjunta, habrá un grado significativamente mayor de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en el grupo experimental 1 (*), en comparación con el grupo experimental 2 (*), en el postratamiento	No se confirma
Si se considera a todas las participantes del programa de tratamiento (Formato: individual y grupal) de forma conjunta, habrá un grado significativamente mayor de remisión y/o mejoría de las variables asociadas al TEPT (depresión, nivel de autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas) en el grupo experimental 1 (*), en comparación con el grupo experimental 2 (*), en los seguimientos	No se confirma

* Grupo experimental 1 (terapia cognitiva + terapia de exposición) / Grupo experimental 2 (terapia de exposición + terapia cognitiva)

8. DISCUSIÓN

En esta investigación se ha pretendido dar respuesta a tres cuestiones: (1) análisis de los cambios experimentados por las participantes (mujeres que han estado expuestas a VCP) como resultado de la aplicación de un programa de tratamiento dirigido a reducir la sintomatología del TEPT y mejora en otras variables clínicas asociadas (depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas), en varios momentos de evaluación (postratamiento y seguimientos al mes, tres, seis y doce meses), (2) evaluación de la eficacia diferencial del programa de tratamiento con formato diferente de intervención: individual vs. grupal, y (3) evaluación de la eficacia diferencial de dos programas de tratamiento de idénticos componentes aplicados en orden diferente: terapia cognitiva seguida de terapia de exposición vs. terapia de exposición seguida de terapia cognitiva, teniendo en cuenta para el análisis, por un lado, la muestra de formato individual de tratamiento (los resultados del formato grupal se pueden revisar en Rincón, 2003), y por otro, la muestra total tratada que incluye ambos formatos, individual y grupal.

La discusión de los resultados se desarrolla teniendo en cuenta, por orden: metodología de la investigación, consideraciones acerca de la muestra y el tratamiento, limitaciones del mismo e impresiones personales sobre del estudio y directrices futuras.

8.1. Respecto de la Metodología

El trabajo realizado ha pretendido garantizar una metodología lo suficientemente rigurosa como para ser considerado un estudio controlado de interés científico. Entre las características más interesantes al respecto se encuentran:

- **Calidad de la variable independiente.** Diseño de la intervención psicológica teniendo en cuenta la literatura científica en relación a la elección de las técnicas y procedimientos validados y/o más adecuados para la población objeto de estudio. Programa multicomponente, breve y manualizado.

- **Uniformidad de la muestra.** En cuanto al género, tipo de trauma y cuadro diagnóstico, lo que permite diseñar una intervención adaptada a las necesidades específicas de la población y por lo tanto aumentar la validez ecológica del estudio, y con ésta, la utilidad de los hallazgos.
- **Adaptación del programa al formato individual.** El desarrollo definitivo de la intervención se cimentó en un estudio piloto en el que se adaptaron los objetivos, planificación y tareas del formato grupal a un formato individual, lo que supone un punto fuerte en los aspectos metodológicos de este trabajo.
- **Análisis cuantitativo y cualitativo.** Las variables dependientes son estudiadas a través de instrumentos de evaluación que cuentan con propiedades psicométricas satisfactorias y validados para la población objeto de estudio. La investigación proporciona también información cualitativa acerca del cumplimiento de expectativas y mejoría percibida sesión a sesión. Teniendo en cuenta este último aspecto se avanza hacia el desarrollo de diseños de métodos mixtos, cuantitativos y cualitativos rigurosos, que son más enriquecedores y permiten generalizar en mayor medida los resultados.
- **Diseño de investigación adaptado a las características de la población de estudio y objetivos e hipótesis planteadas.** Se utiliza un diseño cuasi-experimental para las dos primeras hipótesis y diseño experimental (ensayo controlado aleatorizado) para la tercera hipótesis. En relación a la primera de las hipótesis, se produce como consecuencia de garantizar la intervención a todas las mujeres que demandan apoyo terapéutico teniendo en cuenta que no es posible plantear un grupo control de comparación si no es a través del control lista de espera. Respecto a la segunda hipótesis, indicar que el estudio se realiza en dos momentos temporales y por diferentes investigadoras, lo que no permite realizar la asignación aleatoria a las dos condiciones, teniendo en cuenta a su vez que es necesario alcanzar un tamaño muestral lo suficientemente significativo como para que la potencia estadística y el alcance de los resultados sea apropiado. En este sentido es necesario partir de la consideración de que lograr una muestra que cumpla con los estrictos criterios de inclusión para la participación en este programa no es tarea fácil y no siempre hay disponibilidad para la incorporación al tratamiento. Para la última de las hipótesis se utiliza la aleatorización y balanceo garantizando el control de la asignación a las condiciones experimentales.

- **Estudio longitudinal de los resultados.** La investigación cuenta con un intervalo temporal de seguimientos a largo plazo (cuatro seguimientos de 1 a 12 meses), lo que permite evaluar la evolución de los resultados y contrastar la efectividad.

8.2. Respetto de la Muestra

8.2.1. Características sociodemográficas de la muestra que ha recibido tratamiento

La media de edad de las participantes es de 35 años (resultando coincidente con la literatura científica, p.ej. Capaldi et al., 2012; Timmons y O'Leary, 2004). De éstas, el 80% tiene una media de 1.62 hijos a cargo. El 88.4% de estas mujeres no convive con el agresor, valor próximo aunque superior al obtenido por Sarasua et al. (2007) o Alonso (2007). El estado civil más representativo es el divorcio o separación (50.5%), al igual que en estudios previos (Labrador et al., 2010) y bastante más elevado que en otros estudios recientes (Cáceres, 2011), si bien en este último caso el estudio se llevó a cabo en Colombia con otra realidad sociocultural.

A nivel educativo lo más frecuente es que hayan finalizado los estudios primarios y/o secundarios (74.2%), nivel de formación medio o bajo que coincide con las cifras de las macroencuestas más relevantes (Delegación de Gobierno para la Violencia de Género, 2012; Instituto de la Mujer, 2006). No obstante, en la muestra de este estudio, un 15.8% tiene estudios universitarios, porcentaje superior al encontrado en otras investigaciones en nuestro país (p.ej. Amor et al., 2002; Crespo y Arinero, 2010; Fontanil et al., 2002; Rincón et al., 2004) y similar al obtenido por Labrador et al. (2010). Como se ha resaltado reiteradamente, un nivel educativo superior no es una garantía contra este problema, aunque es probable que la representación de las mujeres con niveles educativos más bajos sea superior a la proporción en la población actual.

Más de la mitad de la muestra pertenece a la clase socio-económica media (56.8%) o media-baja (26,3%), con una reducida representación de mujeres de clase social media-alta o alta (5,3%). Los indicadores judiciales de denuncias van en esta dirección y probablemente tenga que ver, más que con una menor incidencia del problema en esas clases sociales, con el tipo de recursos desde los que se deriva a las participantes del estudio, todos ellos dependientes de instituciones públicas y posiblemente

infrautilizados por las mujeres que se incluyen en un nivel socio-económico alto. La realidad laboral de estas víctimas es que las cifras de desempleo son altas (25.3%), y aunque la tasa de ocupación laboral es mayor, son pocas las que tienen un trabajo cualificado (10.5%), siendo el sector servicios (25.3%) el más usual. Esta baja cualificación laboral, señalada en otros trabajos (p.ej. Fontanil et al., 2005; Labrador et al., 2010), puede ser, entre otras, consecuencia del intento del maltratador para anular a su pareja, reflejo del nivel socioeconómico de la muestra o debido a la urgencia de encontrar un empleo para poder independizarse económicamente. Parece que la situación laboral sí arroja diferencias entre las mujeres que han estado expuestas a VCP y las que no, señalándose un perfil más negativo en las cifras de desempleo entre las mujeres maltratadas (Delegación de Gobierno para la Violencia de Género, 2012). Llama la atención que el 77.9% no depende económicamente del agresor, aunque sólo un 61% de las mujeres trabajan fuera del hogar. Es probable que ayudas institucionales o familiares y de amigos puedan estar detrás de estas cifras, un factor muy relevante de apoyo en esta situación, pero lógicamente eso sólo puede ser una situación transitoria y se hace necesaria la inserción laboral.

En resumen, el patrón de las mujeres expuestas a VCP que demanda ayuda es una mujer joven, con dispersión en el grado de estudios, con recursos laborales y económicos reducidos, y que en general no convive ni depende económicamente del agresor.

Si se tienen en cuenta los grupos objeto de estudio en esta investigación se desprenden de los datos ciertas diferencias en el perfil sociodemográfico, sin que éstas resulten estadísticamente significativas en la mayoría de las comparaciones. Así, únicamente en la comparación entre los formatos de tratamiento individual y grupal se obtienen diferencias en las variables estado civil y nivel educacional, observándose un mayor porcentaje (el doble) de participantes separadas o en trámites de separación en el formato individual frente al grupal y una distribución más homogénea de los niveles educativos del grupo de tratamiento individual frente a la grupal que se concentra en la superación de estudios primarios y secundarios.

8.2.2. Características de la historia de violencia de pareja de la muestra que ha recibido tratamiento

La muestra se caracteriza por la exposición a la combinación de tipos de violencia, distribuida con mayor frecuencia en psicológica y física (59%) y en similar medida por la combinación con violencia sexual (21%) y psicológica exclusivamente (20%). La

violencia psicológica suele acompañar o preceder a otros tipos de maltrato (Woodin y O'Leary, 2009) y es la forma más frecuente de VCP en el mundo (p.ej. Esquivel-Santoveña et al., 2013), de hecho, las coincidencias de este estudio con trabajos anteriores (p.ej. Echeburúa et al., 2008; Labrador et al., 2010; Rincón et al., 2004; Sarasua et al., 2007), son frecuentes en la distribución del tipo de violencia.

La duración media del maltrato muestra una evolución de 7 años, inferior a la de otros trabajos (p.ej. Amor et al., 2002; Cáceres, 2011; Matud et al., 2004; Rincón et al., 2004), pero en la línea de trabajos más recientes (p.ej. Labrador et al., 2010; Sarasua et al., 2007) y macroencuestas de tipo sociológico (Instituto de la Mujer, 2006). No obstante, soportar ese promedio de años de malos tratos es realmente grave y señala los problemas que supone salir de esa situación. La prolongación de la convivencia y/o búsqueda tardía de ayuda podría estar relacionada con diversos factores, entre otros la dependencia económica, y/o emocional del agresor, la presión social o religiosa, distorsiones cognitivas sobre el amor y el miedo a las represalias.

Una de cada tres participantes se ven expuestas a situaciones de violencia diariamente (36.8%), una proporción menor a una frecuencia de 2 o 3 episodios a la semana (23.2%) y el 24.2% refieren haber experimentado agresiones aisladas o menos de una vez al mes. Esta diversificación conduce a preguntarnos si se trata de una mayor inmediatez en la búsqueda de ayuda por parte de las afectadas o de un patrón de violencia diferente por parte del agresor. Estudios anteriores encuentran valores muy superiores en la frecuencia diaria del maltrato (p.ej. Alonso, 2007; Rincón, 2003), considerando que probablemente se deba a la instauración de la violencia como patrón de conducta habitual aceptado por la víctima y que determine a su vez la búsqueda de ayuda tardía. Sin embargo, trabajos más recientes indican una tendencia a la disminución de frecuencia de la violencia, con valores similares a los de este estudio (Labrador et al., 2010). En esta dirección, el 44% de los casos que interpusieron denuncia según los resultados de la última macroencuesta española (Delegación de Gobierno para la Violencia de Género, 2012) lo hicieron tras el primer episodio de violencia, y en un 27.4% de las ocasiones la situación de abuso se denunció antes de finalizar la relación de pareja. En la muestra objeto de estudio, el 80% ha denunciado la situación de violencia. A pesar del alto índice de denuncias y la escasa representación de mujeres que conviven con el agresor en esta muestra (11.6%), se sigue produciendo la continuidad de los malos tratos, fenómeno que se repite en diversos trabajos (p.ej. Fontanil et al., 2005; Matud et al., 2004), llegando incluso a

producirse los episodios más graves una vez ya efectuada la separación (Echeburúa et al., 2008). Como consecuencia del maltrato han tenido que abandonar el hogar en alguna ocasión el 72.6%. Las coincidencias con trabajo anteriores (Alonso, 2007; Amor et al., 2002; Labrador et al., 2010; Rincón et al., 2004) son frecuentes en la distribución de la denuncias y abandonos del hogar. Una proporción significativa de la muestra ha necesitado asistencia médica (52.6%) y/o psicológica o psiquiátrica previa vinculada a los malos tratos (36.8%). Los antecedentes psicológicos o psiquiátricos están alrededor del 32.6%. No es frecuente que las mujeres de esta muestra presenten antecedentes de exposición a violencia, el 15.8% informa de maltrato previo en la pareja y un 27.4% en su familia de origen. Estas dos últimas variables, antecedentes de salud mental y victimización previa por violencia, son factores de riesgo moderados indicados en la literatura científica (Capaldi et al., 2012; Stith et al., 2004), que unidos a otras variables como el desempleo y bajo nivel educativo (Schumacher et al., 2001) pueden amplificar el riesgo de experimentar VCP. No obstante, tal y cómo indican los datos, no parece que las mujeres de esta muestra respondan a un perfil específico en relación a las variables señaladas (al igual que en descripciones de otros estudios como los llevados a cabo por Echeburúa et al., 2008; Matud et al., 2004; Sarasua et al., 2007), lo que parece indicar que estos factores no son suficientes para explicar la posible exposición a la VCP.

Las participantes de este estudio manifiestan una alta percepción de apoyo social (78.9%), familiar (72,6%) y legal o institucional (76.8%). Esta elevada percepción de soporte social se ha encontrado en la mayoría de los trabajos en España (p.ej. Labrador et al., 2010; Sarasua et al., 2007), pero no en otros ámbitos culturales como en el trabajo de Labrador y Alonso (2007), con mujeres mexicanas o Cáceres et al. (2011) con población colombiana, considerándose que es probable que estas diferencias estén vinculadas a la realidad y consideración cultural de la VCP. No obstante, a pesar de que la mayoría de las mujeres maltratadas parecen disponer de buenos niveles de apoyo social y familiar, algunos autores indican que no siempre el contexto más cercano a las mujeres es el más efectivo o tiene el resultado más deseable, siendo calificado incluso como tolerancia o pasividad ante el problema (Gracia, 2009). En cualquier caso, disponer o percibir un adecuado soporte social es un factor de protección reconocido (Capaldi et al, 2012), que puede favorecer la evolución (ruptura del ciclo de la violencia, disminución de la exposición al maltrato y a sus consecuencias) de las mujeres afectas por la VCP.

El maltrato afecta a los hijos (63.2%), habiéndolo presenciado en la mayoría de los casos (44.2%), aunque, casi uno de cada siete ha experimentado maltrato físico (13.7%) y en menor medida psicológico (5.3%). Estos datos, con valores similares en otros estudios (Labrador et al., 2010; Sarasua et al., 2007), e incluso inferiores (54.7% de menores expuestos a violencia directa según la Macroencuesta de 2011 de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género o 55% de malos tratos directos hacia los hijos en el estudio de Matud, 2007b), nos alertan de las devastadoras consecuencias que la violencia puede producir en toda la unidad familiar, facilitando además el aprendizaje del uso de la violencia como una forma eficaz de afrontamiento de situaciones problemáticas (p.ej. O’Leary, 2005; Riggs et al., 2000).

En resumen, las participantes en este estudio han sufrido un maltrato prolongado, que aunque combina diferentes tipos de violencia en el 80% incluye maltrato físico. La violencia es frecuente, cotidiana en algunos casos, que no cesa al separarse, que ha sido denunciado, y que las ha obligado abandonar el hogar. La gran mayoría dispone de un alto apoyo social, legal y familiar.

Si tenemos en cuenta los grupos de comparación objeto de estudio en esta investigación se detectan algunas diferencias en las características de la historia de violencia con resultado significativo en algunas de las comparaciones. Entre el grupo de tratamiento y no tratamiento, la asistencia psicológica y/o psiquiátrica como consecuencia de la violencia es superior en el grupo control. Entre los formatos individual y grupal se obtienen diferencias en las variables tipo y frecuencia del maltrato, con una mayor frecuencia de la violencia sexual combinada y menos episodios de violencia en el último mes de convivencia en el formato individual. Entre los grupos experimentales de formato individual, en el GE1 predomina la violencia psicológica y física combinada y en el GE2 la combinación de violencia ambas con la violencia sexual. Considerando la muestra total de tratamiento, el abandono del domicilio familiar a causa del maltrato se distribuye en mayor medida GT2 frente al GT1.

8.2.3. Características psicopatológicas de la muestra que ha recibido tratamiento

Teniendo en cuenta la vulnerabilidad para desarrollar problemas de salud en las mujeres expuestas a VCP y la amplia diversidad de los mismos, para esta investigación se ha tratado de configurar una muestra que presente específicamente un tipo de trastorno de los asociados más frecuentemente con la VCP, el TEPT (Babcock et al.,

2008; Taft et al., 2009). Así, todas las participantes de este estudio cumplen criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) de TEPT crónico al inicio del tratamiento. En general presentan medias de TEPT de elevada intensidad (31.45) y valores promedio elevados en todas las subescalas (9.58 en reexperimentación, 11.62 en evitación y 10.23 en hiperactivación) de la Escala de Gravedad de Síntomas de TEPT (Echeburúa et al., 1997b), evidenciando que los elevados parámetros en gravedad, frecuencia y duración de la violencia combinada a la están expuestas las mujeres influyen en la severidad del cuadro (Eshelman y Levendosky, 2012). En relación a los síntomas del TEPT, y con objeto de definir un perfil diferencial según este tipo de trauma, los resultados se inclinan (con presencia mayor del 75% de la muestra) hacia la caracterización de los síntomas de reexperimentación e hiperactivación especialmente. Los recuerdos intrusivos, malestar psicológico y malestar fisiológico en reexperimentación; dificultades de concentración, hipervigilancia y respuestas de sobresalto en la subescala de hiperactivación; y la evitación cognitiva y emocional de todo aquello asociado al trauma en la subescala de evitación, ilustran el perfil de esta muestra objeto de tratamiento. En comparación con trabajos anteriores aparece mayor gravedad y/o intensidad de los síntomas y un mayor número de síntomas de reexperimentación e hiperactivación (p.ej. Alonso, 2007; Cáceres, 2011; Rincón, 2003). Los síntomas menos prevalentes (aproximadamente la mitad de la muestra o menos) son los sueños intrusivos, flashbaks, dificultad para recordar aspectos asociados al trauma y sensación de futuro desolador, no obstante se presentan en mayor medida que en investigaciones previas (p.ej. Alonso, 2007; Cáceres, 2011; Rincón, 2003).

Las características específicas de la violencia pueden explicar la sintomatología del TEPT en estas víctimas. La experiencia prolongada y repetida de los episodios violentos explicaría la frecuente presencia de recuerdos intrusivos, y la intensidad y gravedad de los mismos el malestar emocional y físico asociado. La hipervigilancia y respuestas de sobresalto constante puede ser señal de una hiperactivación constante como consecuencia de la imposibilidad de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios violentos y su percepción de que en cualquier momento puede ser agredida, sea o no en el hogar. Este último aspecto cobra gran importancia en la futura propuesta de la CIE-11 (Maercker et al., 2013), siendo considerada la percepción de amenaza como uno de los síntomas más característicos del TEPT. Respecto a las conductas de evitación, son elevadas las de evitación cognitiva y/o emocional, pero no las de lugares o actividades, ya que el principal lugar a evitar es el hogar y éste, salvo que lo abandonen, no pueden evitarlo. Aunque no alcanzan el 75% de presencia, la

sintomatología asociada a la pérdida de interés por realizar actividades significativas y restricción de vida afectiva están presentes por encima del 70%. Ambas variables están más relacionadas con el embotamiento emocional que con la propia evitación, poniendo de relieve que los dos factores que forzosamente se han incluido en esta dimensión del TEPT (evitación y embotamiento emocional) pueden variar de forma independiente. Estos datos parecen apoyar las propuestas de los modelos factoriales del TEPT (p.ej. APA, 2013; Simms et al., 2002) sobre la existencia de cuatro dimensiones en el TEPT, que parecen caracterizar de forma más adecuada la sintomatología en este tipo de trauma (p.ej. Krause et al., 2007). No obstante, propuestas recientes de reformulación del TEPT apuestan por la sencillez diagnóstica y mantenimiento de tres factores (Brewin et al., 2009; Maerker et al., 2013; Marshall et al., 2013) que ilustran más adecuadamente aún los resultados que muestran las participantes de esta investigación, en especial en relación a los síntomas de hiperactivación y especificidad en los de evitación, eliminando los relativos a los descritos factorialmente como de embotamiento (APA, 2013; King et al., 1998) o disforia (Simms et al., 2002), que en definitiva son inespecíficos y corresponderían a la elevada comorbilidad con otros cuadros psicopatológicos.

En relación a la comorbilidad, la muestra objeto de tratamiento en esta investigación se caracteriza por presentar altos índices de sintomatología depresiva, baja autoestima y alta inadaptación o falta de ajuste a la vida cotidiana. No sorprenden estos últimos datos, ya que es habitual que exista un deterioro a todos los niveles en las víctimas de violencia de pareja, interfiriendo de este modo en su proceso de adaptación al medio (Labrador et al., 2004, 2009b). La depresión es el trastorno comórbido más frecuente (87.4% entre moderada y grave), lo que coincide con lo que se describe en la literatura científica para el TEPT (p.ej. Taft et al., 2009) y específicamente en VCP (p.ej. Cascardi et al., 1999). El porcentaje de ideación o intento suicida (51.6%), superior al encontrado en trabajos previos (p.ej. Alonso, 2007; Arinero, 2006; Cáceres, 2011), señala un grave problema no frecuentemente considerado, resaltando la necesidad de evaluar y prevenir este riesgo en la VCP. En esta dirección, recientemente se ha obtenido evidencia del incremento del riesgo en la población clínica con comorbilidad de TEPT y depresión (APA, 2013; Panagioti et al., 2012). Aparecen valores muy bajos en autoestima (el 86.3% no supera el punto de corte), indicando inadecuada concepción de uno mismo, escasa sensación de valía y percepción de insuficientes recursos personales, que podrían estar explicados por la autocritica, responsabilidad aprendida de la situación violenta, no dar el paso para

romper el ciclo, fracaso y especialmente la culpa, llegando incluso a anular la capacidad de tomar decisiones. Los valores de inadaptación son muy elevados, el 95.8% de las mujeres que conforman la muestra de tratamiento superan el punto de corte. La mayoría veía afectada su vida cotidiana como consecuencia de la violencia, generándose una desestructuración vital, bien laboral (absentismo o abandono del trabajo), social (limitaciones para relacionarse con otras personas), del tiempo libre (aislamiento, control, trámites legales, juicios, etc.), familiar (afectación hijos, respuesta negativa de allegados), de pareja (desconfianza para reestablecer relación de pareja) o en general, ya que estas víctimas consideran que no están capacitadas para afrontar las demandas que exige la sociedad. Las cogniciones postraumáticas presentan niveles moderados, con valores superiores en las ideas negativas hacia el mundo, considerándolo como un lugar peligroso, en el que es difícil poder confiar en los demás y es necesario no solo ser cuidadosa porque no se puede saber qué puede ocurrir después, sino estar en situación de alerta. Estos resultados podrían correlacionar con los relativos a los grupos de síntomas del TEPT, en los que como se describe anteriormente, la hipervigilancia y respuestas de sobresalto son dos de los síntomas de hiperactivación más frecuentes en este tipo de población. Los niveles moderados del resto de subescalas del inventario, concretamente cogniciones postraumáticas acerca de sí mismo y autopunición (que se encuentran relacionadas con la autoestima e ideas de culpa respectivamente), podrían explicarse como consecuencia de los cambios en la situación de la relación de pareja en la que se encuentra un alto porcentaje en el momento previo a la terapia, esto es, la salida del hogar, ruptura de la relación íntima, apoyo externo y denuncia. Los trastornos de ansiedad están representados de forma significativa (39%) mayoritariamente con diagnóstico de trastornos de angustia. Esto remite nuevamente a los elevados niveles de hiperactivación y reactividad constante, compartiendo así síntomas referidos a la hiperactivación fisiológica y cognitiva del TEPT (tal y como indican Fenny et al., 2010 o Foa et al., 2007), y conlleva las respuestas de sobresalto exageradas (Walker, 2009). Por último, no se describen trastornos relacionados con la dependencia de alcohol o drogas, aunque un 4.2% informa de haber tenido algún problema de abuso de alcohol en el pasado y un 3.2% lo refiere a las sustancias adictivas. A pesar de ser una situación que se describe como comórbida al TEPT y a la violencia interpersonal (p.ej. Eksi y Braun, 2009; Kessler et al., 2005) los resultados de este estudio nuevamente no apoyan esta relación, al igual que los obtenidos en investigaciones previas (Alonso, 2007; Cáceres, 2011; Labrador et al., 2010; Rincón, 2003).

En resumen, lo más característico es la presencia de depresión comórbida, siendo elevada la gravedad de los síntomas de TEPT y ansiedad. Destacar el riesgo de suicidio de estas víctimas así como valores elevados de inadaptación global y baja autoestima.

El análisis de las diferencias entre los grupos objeto de estudio de esta investigación indica algunas diferencias en las variables psicopatológicas con resultado estadísticamente significativo en algunas de las comparaciones. Entre los formatos individual y grupal se obtienen diferencias en el TEPT, tanto en la Escala total como subescala de evitación y en la subescala de inadaptación a la vida familiar. Los resultados, aunque significativos, sólo parecen señalar unos incrementos relativamente pequeños en los valores obtenidos por ambos grupos, con una mayor puntuación en las medias del formato individual frente al grupal. En los grupos experimentales (de formato individual) se detectan diferencias en la subescala de inadaptación en el área de trabajo/estudio y subescala global y en la variable de antecedentes de suicidio, con puntuaciones medias superiores en el GE1. Se produce el mismo efecto para GT1 entre los grupos de la muestra total tratada con diferencias en las variables de inadaptación global, subescala de la Escala de Inadaptación y antecedentes de suicidio. Es lógico que al considerar tantas variables en algunas de ellas aparezcan diferencias significativas entre los grupos, esto no invalida el valor de la muestra y está controlado en los análisis estadísticos, por ello los comentarios se harán sobre los resultados del tratamiento ya controladas estas diferencias por los pertinentes análisis.

8.3. Respetto del Tratamiento

8.3.1. Participación en el tratamiento

La participación en el tratamiento es medida a través de la adherencia, asistencia a sesiones y cumplimiento de tareas.

La **adherencia al tratamiento**, estudiada como la presencia o ausencia de abandonos se muestra como un indicador de la eficacia de la intervención. El nivel de adherencia total en este estudio es del 71.4%. Un 28.6% abandona el tratamiento, lo que supone un total de 26 participantes. No se observan diferencias en la tasa de abandonos según el formato de intervención, ya sea individual o grupal (13 en cada caso), ni tampoco teniendo en cuenta la condición experimental asignada (5 abandonos en el GE1 y 8 en el GE2). Sin embargo, el porcentaje de abandono en la

totalidad de la muestra de tratamiento que corresponde a la condición experimental 1 es de un 11% (10 abandonos) y 17.6% (16 abandonos) corresponde la condición experimental 2, aunque esta diferencia no alcanza significación estadística. Esta tasa de abandonos es más alta que la obtenida por Alonso (2007), Cáceres et al. (2011) o Johnson et al. (2011) y similar a la de otros estudios en el área (Crespo y Arinero, 2010; Kubany et al., 2004; Johnson y Zoltnick, 2006; Rincón, 2003). En estudios sobre la eficacia de tratamientos para TEPT se aportan tasas de abandono que oscilan entre el 18% (Imel et al., 2013) y el 20% (Bradley et al., 2005), aunque con diferencias según categorías de tratamiento. Así, la tasa se incrementa al 33% si se utilizan técnicas de exposición (Bardley et al., 2005) e incluso al 36% en casos de terapias centradas en el trauma (Imel et al., 2013), tal y como ocurre en este estudio.

Los motivos de abandono, estudiados según causa conocida (abandono forzado) o desconocida (abandono real), se distribuyen casi en igual proporción en toda la muestra de tratamiento, con algunas diferencias entre los grupos sin que éstas sean significativas a nivel estadístico. La necesidad de un cambio de lugar de residencia e incompatibilidad de horarios por cuestiones laborales fueron los motivos más informados a las investigadoras. Por otro lado, también es relativamente importante el porcentaje de causas desconocidas, en las que no se aporta explicación al abandono, lo que probablemente pueda recoger tanto aquellos casos de descontento con la propuesta de intervención, como posibles interferencias surgidas tras el inicio del tratamiento. En este sentido, algunos autores hablan de tasas razonables de abandono teniendo en cuenta las características específicas (acogida, traslados de ciudad, inicio de un trabajo, respuesta judicial, protección de los hijos, etc.) de esta población (Warshaw et al., 2013).

El análisis de la muestra que abandona el tratamiento proporciona algunas claves que pueden resultar interesantes para la investigación en esta área de estudio. Concretamente, la mayoría de estas mujeres pertenece a la clase media, tiene hijos a su cargo, no convive con el agresor ni depende económicamente de él y en gran medida se encuentran activas laboralmente. Estos aspectos por sí mismos dificultan la disponibilidad de las participantes, a pesar de mostrar motivación al tratamiento, quizá esa pueda ser la razón principal. En cuanto a las características de la historia de VCP no se define un perfil ni tampoco diferencias entre el grupo que abandona frente al que no lo hace. Sin embargo, sí podemos observar diferencias, que alcanzan significación estadística, en alguna de las características psicopatológicas como

depresión, cogniciones postraumáticas acerca de sí mismo e inadaptación global y en la relación de pareja con puntuaciones superiores en la muestra que abandona. Las tasa más altas de depresión, culpa y vergüenza son características que coinciden en la muestra que abandona en el estudio de Kubany et al. (2004). Crespo y Arinero (2010), sin embargo, obtienen datos que van en la dirección de una mayor victimización (p.ej. tasas de violencia física o sexual más altas o haber recibido mayor atención médica). Es posible que alguna de estas variables estén relacionadas con el abandono, no obstante, para poder realizar un análisis de los predictores de éxito y fracaso en el tratamiento sería necesario que la representación del porcentaje de fracasos y, en consecuencia, de la muestra que abandona fuera más elevada que la que se recoge en este estudio.

En cuanto a la sesión en que se producen los abandonos, la segunda es la más frecuente en cualquiera de las modalidades y/o condiciones experimentales (44% del total de los abandonos). Habría que estudiar si el contenido de la primera sesión, común en ambas modalidades y condiciones experimentales no reúne los elementos necesarios para lograr una adecuada adherencia, ya sea por no resultar útil lo aplicado, no estar ajustado a las necesidades o expectativas de las participantes, no ser lo suficientemente comprensible, etc. Podría resultar interesante introducir en esta sesión algún elemento que favorezca la motivación al cambio y desarrollo de la relación terapeuta-cliente con objeto de mejorar la adherencia y el vínculo terapéutico, aún sin disponer de la información relativa al motivo de abandono en un amplio porcentaje de mujeres.

En relación a la **asistencia a las sesiones**, el 72.3% asiste al 100% y el 21.5% al 88% de las sesiones (7 sesiones), lo que implica una asistencia casi total del 93.8% de la muestra que completa el tratamiento. Tampoco en este punto se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según el formato de tratamiento o condición experimental. Estos resultados son un indicador claro del éxito del tratamiento una vez comenzado, ya que aquellas participantes que no abandonan, (ya se ha comentado que el abandono es temprano, tras la primera sesión), lo finalizan con una alta participación. Parece pues que el punto importante es conseguir que la mujer comience el tratamiento (acuda a sesión 2ª) y en esa dirección habrá que incrementar los esfuerzos.

Por último, el **cumplimiento de tareas** entendido como otro elemento de la participación en el tratamiento vuelve a arrojar datos en la dirección del éxito de la

intervención. Así, alrededor del 75% de las participantes cumplen el 75% de las tareas, de las cuales el 40% cumplen el 100% y únicamente el 7% realiza menos del 50%. Para esta variable de estudio sí se observan diferencias entre los formatos de tratamiento, así, el tratamiento individual alcanza 81.2% de cumplimiento de tareas en un 90-100%, mientras el grupal alcanza solo el 33.4%. Estas diferencias podrían derivarse del propio formato de intervención, ya que la terapia individual parece aumentar el convencimiento del carácter fundamental que tiene la realización de las tareas para casa y la motivación a su ejecución, ya sea por una atención más individualizada en las dificultades para realizarlas como por lograr una mayor atención por parte del terapeuta y tener que justificar la actuación individual. No hay diferencias entre las condiciones experimentales en relación a esta variable.

8.3.2. Eficacia del tratamiento

La aplicación del programa de tratamiento desarrollado para el TEPT en mujeres expuestas a VCP ha resultado eficaz, con significación clínica y estadística, a corto, medio y largo plazo.

Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas (ANCOVA y t de Student), con tamaños del efecto altos (d de Cohen), entre el grupo de tratamiento y el grupo control-lista de espera en todas las variables estudiadas (TEPT, depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas, a excepción en ésta última de la subescala de autopenalización).

La magnitud del tamaño del efecto intra-grupo en el grupo que finaliza el tratamiento indica una reducción significativa al postratamiento de las puntuaciones en cada medida utilizada, con valores promedio d de Cohen de 3.05 para la escala global del TEPT, 1.80 para la subescala de reexperimentación, 2.43 en la subescala de evitación y 2.73 en la subescala de hiperactivación. En el grupo no tratado, sin embargo, los valores oscilan entre 0.10 y 0.31, lo que muestra que no ha habido reducción en la sintomatología del cuadro. El efecto inter-grupo alcanza valores superiores a los 2 puntos en todas las medidas del TEPT a favor del grupo de tratamiento (2.91 en escala global del TEPT, 2.49 en reexperimentación, 2.42 en evitación, 2.17 en hiperactivación), que indican una elevada magnitud del efecto del tratamiento. Los valores del tamaño del efecto para la comparación del tratamiento frente al control son superiores a los señalados por los principales metaanálisis en el área (TCC para TEPT), que indican estimaciones (d en valor absoluto) de 1.27 (Jonas et al., 2013) a 1.40 (Bisson et al., 2007). No obstante, estos datos reflejan principalmente muestras que

inician tratamiento y no exclusivamente las que completan los programas, de modo que los resultados de este estudio podrían estar más cerca de estos valores en caso de realizar el mismo análisis. Si tenemos en cuenta estudios específicos para esta población con el mismo objeto de análisis y para muestras que finalizan el tratamiento, se observan valores similares a los obtenidos por Kubany et al. (2004) y superiores a los alcanzados por Alonso (2007) o Cáceres (2011).

Los resultados se incrementan en los seguimientos, lo que apunta a una consolidación del beneficio y a una progresiva mejoría en la salud emocional de las participantes (muestra que completa seguimientos). La magnitud del tamaño del efecto promedio está alrededor de los 2 puntos en la escala global y subescalas del TEPT en todos los momentos de evaluación y valores entre 1.87 y 2.26 en el seguimiento al año. El análisis de la significación clínica para las participantes que finalizan el tratamiento muestra un elevado nivel de recuperación, con el 93.8% de la muestra tratada sin diagnóstico TEPT al postratamiento, resultado que se mantiene en los seguimientos, 90.4% al año. Los síntomas específicos del cuadro se muestran con una menor intensidad y mejoría progresiva a lo largo del tiempo, aunque en el seguimiento al año el 15.7% presentan síntomas de reexperimentación, 13.7% mantienen síntomas de evitación y 21.6% de hiperactivación. Los resultados para la muestra que inicia tratamiento indican la ausencia de diagnóstico TEPT (64.2% al postratamiento y 49.5% al año) inferior a la obtenida por otros estudios (p.ej. Johnson et al., 2011; Kubany et al., 2003) y similar a la de los trabajos conducidos en España (p.ej. Alonso, 2007; Arinero, 2006).

El efecto del tratamiento se repite en las variables dependientes asociadas al TEPT. Las diferencias se justifican por los análisis estadísticos y valores d promedio intra-grupo altos en depresión (1.44), autoestima (1.03), inadaptación (1.05) y cogniciones postraumáticas (1.06) en el grupo de tratamiento. Estos resultados son similares a los encontrados en trabajos previos en el área (p.ej. Alonso, 2007; Arinero, 2006; Cáceres, 2011; Crespo y Arinero, 2010) y valor indicado por el metaanálisis de Bisson et al. (2007) para la depresión (1.26, valor absoluto d para muestra que inicia tratamiento). Son una excepción en este estudio, con tamaños del efecto moderado, las subescalas de inadaptación a la vida social y relación de pareja y cogniciones postraumáticas acerca del mundo y autopunición, y efecto bajo en la inadaptación a la vida familiar. Los resultados intra-grupo para el control-lista de espera indican efecto bajo o nulo, con valores entre 0.00 y 0.20. La comparación entre ambos, estadísticamente significativa

y con tamaños del efecto inter-grupo de moderado a alto en la mayoría de las medidas, indica nuevamente la superioridad del tratamiento frente al no tratamiento. Los resultados de los seguimientos se muestran nuevamente positivos y coherentes con los alcanzados al postratamiento. Las medidas de depresión, autoestima, inadaptación total y cogniciones postraumáticas global, no solo se mantienen sino que mejoran en los seguimientos, con valores d al año de 2.12, 1.38, 1.87 y 1.47 respectivamente. En las subescalas también se observa un incremento, con tamaños del efecto altos, a excepción nuevamente de los resultados moderados para la subescala de inadaptación a la vida familiar (0.76) y subescala de cogniciones postraumáticas sobre autopunición (0.75). La recuperación clínica para la muestra que finaliza el tratamiento se repite en todas las variables, con 50.8% de participantes al postratamiento y 74.5% al año asintomáticas en depresión; mejorando en autoestima el 58.5% al postratamiento y 70.6% en el seguimiento a los 12 meses; la recuperación del 36.9% de la muestra al postratamiento en inadaptación y alcanzando el 66.7% al año.

Los resultados parecen indicar que la recuperación de los niveles de adaptación y cogniciones postraumáticas es más lenta que la de los síntomas clínicos, y aunque éstos al final del tratamiento son buenos, no lo son tanto como en el resto de variables estudiadas (TEPT, Depresión, Autoestima). Esta diferencia muestra que las dificultades a las que se enfrenta esta población implican una recuperación más lenta en lo que se refiere al reajuste y nivel de adaptación en la propia vida, además de una mayor lentitud en el ritmo de cambio a nivel cognitivo frente al conductual. Pueden detectarse diversos factores que sin duda influyen en el resultado: (1) situación judicial sin resolver, lo que implica nuevos encuentros con el agresor, incertidumbre por los fallos judiciales tanto en relación con la causa penal de la violencia ejercida, como la civil de separación y/o medidas de guardia y custodia y visitas en relación a los menores, lo que implica mantener presente el malestar asociado a los episodios violentos (relacionado con la reexperimentación y evitación), (2) incumplimiento de las órdenes de alejamiento por parte del agresor, de manera que las medidas de protección a la víctima resultan ineficaces y no garantizan su seguridad, lo que implica el mantenimiento del temor, vigilancia y elevado arousal, tal y como muestran los resultados (mayor presencia de síntomas de hiperactivación), (3) necesidad de abandono de hogar y problemas económicos vinculados que limitan los recursos personales en dirección al ajuste cotidiano, y (4) convivencia con el agresor en una proporción escasamente representativa de la muestra pero presente en la misma. En

este sentido, la tendencia de algunos enfoques de tratamiento centrados en el trauma para supervivientes de VCP ya indican que éstas mujeres podrían beneficiarse de modificaciones en los programas de tratamiento que están focalizados en los síntomas, de manera que por ejemplo, ante posibles situaciones de victimización o peligro no se utilice la exposición, dado que podría aumentar la angustia y tener un efecto adverso, optando a su vez por el establecimiento de la seguridad como objetivo inicial para después trabajar desde modelos de tratamiento de trauma complejo (Warshaw et al., 2013). No obstante, los resultados del tratamiento en este estudio cambian en la dirección deseada y dado que el objetivo principal del tratamiento es la reducción del TEPT se presta una limitada atención al resto de la sintomatología asociada como consecuencia de ser un programa de duración breve, y aún así se producen cambios significativos.

En resumen puede afirmarse que el tratamiento se ha mostrado eficaz para reducir la sintomatología del TEPT, mejorando significativamente el ajuste diario, los síntomas depresivos, las cogniciones disfuncionales asociadas al trauma y la autoestima. Dado que se obtienen diferencias significativas estadísticamente en las medidas intra-sujeto e inter-grupo, la magnitud de su efecto es alta y la potencia de la investigación resulta adecuada para estas comparaciones, podemos concluir que el tratamiento resulta eficaz para la reducción de los síntomas de TEPT y más eficaz que el no tratamiento y aceptar la hipótesis principal de esta investigación. Es necesario subrayar que este efecto se logra con un tratamiento breve y específico, que está dirigido principalmente a reducir la sintomatología postraumática, pero que produce colateralmente una mejoría significativa en las variables de adaptación y sintomatología concomitante, lo que constituye una buena práctica clínica en la que el tratamiento mejora no solo el TEPT sino también los síntomas comórbidos.

8.3.3. Comparación de la eficacia del tratamiento

Eficacia comparada de aplicación de intervención: Individual versus Grupal

Se compara la eficacia del programa de tratamiento en diferente formato de aplicación, individual (n=45) vs. grupal (n=50). Tal y como se ha indicado para la muestra total tratada, la intervención psicológica resulta eficaz, y en consecuencia los resultados de ambos grupos. Se alcanza la remisión de síntomas de TEPT al postratamiento y seguimientos (ANCOVA y t de medidas repetidas), con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en los seguimientos a los 6 y 12 meses (ANCOVA y t de medidas independientes).

La magnitud del tamaño del efecto intra-grupo es alta en ambos formatos de intervención, con promedios para la puntuación total de TEPT, reexperimentación, evitación y aumento de activación de, 4.47, 3.12, 2.93 y 3.35 en el formato individual y 2.02, 1.66, 1.85 y 1.57 en el formato grupal respectivamente. Una correcta interpretación de los resultados y dirección de las diferencias entre los grupos viene determinada por el tamaño del efecto inter-grupo, que indica valores moderados y/o altos que van en la dirección de la superioridad del formato de tratamiento individual en la remisión de síntomas del TEPT a los seis y doce meses de seguimiento. Así, en el seguimiento a los 6 meses los valores promedio son moderados para la escala total (0.76), reexperimentación (0.67) y evitación (0.51) y alto en aumento de activación (1.05). En el seguimiento a los 12 meses el tamaño del efecto es moderado en evitación (0.81) y alto en la escala total de TEPT (0.92), reexperimentación (0.97) y aumento de activación (0.81). En cuanto a la significación clínica derivada de las participantes que finalizan el tratamiento la recuperación es óptima en ambos grupos. En el formato individual al postratamiento el 96.9% no presentan diagnóstico TEPT, aumentando al 100% a partir del seguimiento a los 3 meses hasta el año. El formato grupal arroja frecuencias parecidas al postratamiento, 90.9%, con una ligera disminución hasta un 82.8% al año. No obstante, el análisis Chi-cuadrado (X^2) inter-grupo no resulta significativo en el diagnóstico de TEPT, lo que indica que estas diferencias no son relevantes. Si consideramos la muestra total que inicia tratamiento los porcentajes de presencia/ausencia de diagnóstico disminuyen, con frecuencias cercanas al 70% en el postratamiento y al 50% en los seguimientos. En la comparación por grupos de síntomas del TEPT, destacan algunas diferencias entre los formatos, obteniendo mejores resultados el tratamiento individual en los síntomas de reexperimentación al postratamiento y seguimientos (84.4% al postratamiento y 100% al año), frente al grupal (48.5% al postratamiento y 72.4% al año), con diferencias estadísticamente significativas (X^2 inter-grupo) en todos los momentos de evaluación excepto en el seguimiento al mes. Los síntomas de evitación y aumento de activación no muestran diferencias significativas a nivel estadístico entre los grupos, aunque sí es relevante el logro obtenido por ambos formatos.

Una diferencia mayor a 0.5 en la magnitud del efecto entre dos tratamientos activos es suficiente, según diversos autores (p.ej. Bisson et al., 2007), para considerar la superioridad de uno sobre el otro. Además, en la comparación de estos dos formatos de intervención la potencia estadística es alta en todos los contrastes que han resultado significativos y en todos los momentos de evaluación para la variable

dependiente TEPT. Considerando estos datos no se puede aceptar la hipótesis nula en relación a la diferencia entre ambos formatos en los seguimientos para la remisión de síntomas del TEPT, ya que han aparecido diferencias entre los resultados obtenidos a medio y largo plazo (6 y 12 meses), diferencias que señalan un beneficio mayor de la intervención individual.

Respecto a las variables asociadas al TEPT ambos grupos alcanzan un grado de remisión y/o mejoría estadísticamente significativo tanto en el postratamiento como en los seguimientos y lo hacen en un grado similar con valores d altos. En los síntomas de depresión el tamaño del efecto promedio intra-grupo es de 2.27 en el formato individual y 1.39 en el grupal, la autoestima de 1.44 en el formato individual y 1.01 en el grupal, los niveles de adaptación indican 2.17 a nivel individual y 0.97 grupal, por último, las cogniciones postraumáticas presentan 1.79 para el tratamiento individual y 0.97 para el grupal. La magnitud del tamaño del efecto no es la misma para todas las medidas y/o momentos de evaluación, con superioridad del formato individual justificado a partir de la d inter-grupo (efecto moderado) en el seguimiento al año para los síntomas de depresión (0.58), autoestima (0.63), puntuación total de la escala de inadaptación (0.55), subescala de inadaptación a la vida social (0.71) y subescala de relación de pareja (0.75). La recuperación clínica en las participantes que completan el tratamiento es indudable, aunque no es equivalente en ambos grupos (χ^2 inter-grupo) y se confirman las diferencias en las variables autoestima e inadaptación favorables al formato de tratamiento individual. El nivel de autoestima presenta valores superiores al 75% de recuperación al postratamiento en el formato individual, que aumenta en los seguimientos y que se muestra claramente superior al tratamiento grupal (40%) y en inadaptación las frecuencias son similares, entre el 30%-40%, en ambos formatos al postratamiento, alcanzando una recuperación superior al 80% en el seguimiento al año el tratamiento individual. Si consideramos la muestra que inicia tratamiento el alcance de los resultados se reduce a valores cercanos entre el 30 y 45% de recuperación en el postratamiento y seguimiento en las tres medidas y con una diferencia entorno al 10% de superioridad para el formato individual en cada momento de evaluación.

Podemos concluir que el tratamiento resulta eficaz para la reducción de los síntomas asociados al TEPT (depresión, autoestima, adaptación y cogniciones postraumáticas) en cualquiera de los formatos de intervención. En las comparaciones inter-grupo se alcanza significación estadística en varios momentos de evaluación y la magnitud del

efecto de estos contrastes es moderada en el seguimiento al año, aunque la potencia estadística es baja en la mayoría, a excepción de los seguimientos al año de la escala total de inadaptación y la subescala de relación de pareja. Considerando estos datos no podemos aceptar totalmente la hipótesis nula, ya que no podemos concluir que no existan diferencias entre los grupos en relación a las variables dependientes asociadas al TEPT en los seguimientos.

Resultaría interesante solventar algunas de las limitaciones metodológicas como la aleatorización o el tamaño de la muestra y así incrementar la potencia estadística de la prueba que nos permita aumentar la probabilidad de acierto, reduciendo la probabilidad de incurrir en un error tipo II.

De los resultados obtenidos en esta comparación (formato individual vs. grupal) podemos llegar a las siguientes consideraciones:

- (1) Ambos formatos consiguen el objetivo terapéutico y lo hacen con muy buenos resultados.
- (2) En general, aunque las diferencias no son muy importantes ni aparecen en todos los valores, los resultados obtenidos con el programa de tratamiento individual se han mostrado superiores a los obtenidos con el programa grupal, incrementándose estas diferencias conforme se avanzaba en los seguimientos.
- (3) Se consigue una adecuada adaptación del programa grupal al formato individual, que queda demostrada por la eficacia del mismo, similar o incluso superior a medio y largo plazo a la del programa grupal. Probablemente este programa individual permite una aplicación más ajustada a las necesidades de las participantes, con un espacio más personalizado y mayor control de la ejecución de las tareas. El cumplimiento de tareas, medida de la adherencia al tratamiento, es significativamente mayor en la muestra de tratamiento individual (80% de cumplimiento de entre el 90-100% de las tareas asignadas frente al 33% de tratamiento grupal), por lo que las participantes podrían haberse beneficiado más del efecto de las técnicas entrenadas. Las otras variables relacionadas con la adherencia al tratamiento, como el índice de abandono o la asistencia a las sesiones, no aportan datos explicativos ya que en ambos formatos se producen en proporciones similares. Tampoco la evaluación que las participantes hacen del tratamiento e incluso de las sesiones de forma específica contribuye a esclarecer estas diferencias.

- (4) Las diferencias que resultan más significativas y consistentes entre ambos formatos se centran en el TEPT y no tanto en las variables dependientes asociadas al mismo. Se podría considerar que las participantes del formato de tratamiento individual han podido beneficiarse en mayor medida de las sesiones de exposición, puesto que los contenidos terapéuticos de la terapia cognitiva estaban más dirigidos a la mejora de las variables asociadas al TEPT. Al no detectarse grandes diferencias en éstas variables y ninguna en relación a las cogniciones postraumáticas, que a su vez son las variables que menor efecto alcanzan con el tratamiento, es posible plantearse el mayor impacto de la terapia de exposición en las participantes que a su vez se han mostrado más comprometidas con el cumplimiento de las tareas. Este resultado va en la dirección de las aportaciones derivadas de la revisión de la Teoría del Procesamiento Dual (Brewin et al., 2010) a partir de la cual se proporciona una mayor importancia al uso y potencial beneficio de las técnicas de exposición.
- (5) Con respecto a las variables sociodemográficas y/o de la historia de violencia, las mujeres del formato individual se caracterizan por estar separadas o en proceso, lo que supone una mayor distancia con la situación de violencia y es posible que se beneficien más de los efectos del tratamiento en relación a las variables de adaptación, dado que ya han dado los primeros y más difíciles pasos en relación al abandono o ruptura de la relación. Por otro lado muestran una historia de violencia más corta y con episodios de maltrato menos habituales que la muestra de tratamiento grupal. No obstante, sería necesario realizar los contrastes estadísticos adecuados para estimar la influencia o predicción de éstas variables en relación a la eficacia del tratamiento.
- (6) Una diferencia que puede ser importante es el hecho de que el tratamiento individual se haya llevado a cabo en un período de tiempo posterior al del tratamiento grupal, pues la adaptación y posterior aplicación del programa de tratamiento individual se realizó tras haber concluido el tratamiento grupal. Probablemente en este tiempo se han producido cambios sociales y políticos que hayan afectado a la disposición, recursos, comprensión y aceptación de la VCP. Los cambios legislativos, el incremento de ayudas sociales, la mayor protección policial y/o judicial, la visibilización cultural de la violencia, etc., pueden haberse convertido en factores que afecten a los resultados terapéuticos, o al menos a las posibilidades de adaptación y calidad de vida de estas mujeres. Todo ello tendría

repercusión en los efectos del tratamiento en especial a medio y largo plazo (seguimientos).

- (7) La variable terapeuta puede ser a su vez una variable contaminadora que no se ha podido controlar. Cada formato de tratamiento ha contado con una terapeuta para el desarrollo del estudio. Las diferencias en la formación y/o experiencia terapéutica de las mismas ha podido contribuir a los resultados obtenidos. Además del hecho de que en el tratamiento individual se haya contado con las experiencias previas del tratamiento grupal.

No obstante, es necesario recordar que las ventajas terapéuticas radican en el contenido del programa de tratamiento y no en su formato de aplicación. De esta manera la elección podría establecerse en aspectos más prácticos, del tipo: disponibilidad y/o acceso a participantes, espacios, tiempo, etc.

Los resultados obtenidos en esta comparación son coherentes con los indicados por diversos metaanálisis para el tratamiento TEPT con técnicas cognitivo conductuales (Barrera et al., 2013; Cahill et al., 2009; Sloan et al., 2013) que parecen indicar que los tamaños del efecto para el tratamiento grupal son inferiores a los obtenidos en estudios aplicados en formato individual. Así, Sloan et al. (2013) indica valores de d de Cohen al postratamiento de 0.71 para el tratamiento en grupo, mientras que Cahill et al. (2009) informan de valores superiores a 1.0 en el formato individual (datos basados en la muestra que inicia tratamiento).

Por otro lado, en la aplicación de un formato u otro pueden darse diferencias o dificultades en el uso de algunas de las técnicas incluidas en el protocolo, como por ejemplo la exposición en imaginación. En este sentido, el tamaño del efecto al postratamiento puede variar, tal y como indica el metaanálisis de Bradley et al. (2005), beneficiando al formato individual (g de Hedges=1.65) frente al grupal (g de Hedges=1.13). Las dosis de exposición pueden estar en la base de la explicación de esta diferencia entre tamaños del efecto, habiéndose favorecido posiblemente de mejores condiciones en la exposición el formato individual, aunque no hay información ni evidencia suficiente para aceptar esta hipótesis. De hecho, y en esta dirección, Barrera et al. (2013) sugieren que no hay diferencias significativas en los tamaños del efecto entre tratamientos que incluyen la exposición en grupo de los que no lo hacen, proporcionando soporte de este modo al uso de la TCC grupal basada en la exposición.

Grupos experimentales de tratamiento según orden de aplicación de las técnicas de formato individual

Se compara la eficacia del programa de tratamiento según el orden de aplicación de las técnicas, dividiendo la muestra de tratamiento individual en dos grupos experimentales, GE1 (Ice, n=22) y GE2 (Iec, n=23). Los resultados indican que el cambio producido en las variables dependientes estudiadas es relevante en los dos grupos y ambos alcanzan la remisión de síntomas de TEPT (ANCOVA y t de medidas repetidas), al postratamiento y seguimientos, sin que se detecten diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (ANCOVA y t de medidas independientes), con valores del tamaño del efecto que confirman en general esta dirección de los resultados.

La magnitud del efecto intra-grupo es alta en ambas condiciones, con promedios de 4.61, 2.58, 2.60 y 3.55 para el GE1 y 4.33, 3.65, 3.33 y 3.16 para el GE2 en la puntuación total de TEPT, reexperimentación, evitación y aumento de activación respectivamente. Sin embargo, la magnitud del efecto inter-grupo es baja en la mayoría de los momentos de evaluación y medidas de TEPT, con valores que alcanzan un tamaño del efecto moderado en alguna medida pero no se repiten a lo largo de los seguimientos, a excepción del seguimiento a los 12 meses en el que el tamaño del efecto a favor del GE1 alcanza un valor de 0.54. La significación clínica evidencia el beneficio de la intervención, con un 100% de recuperación en el TEPT de la muestra que finaliza el tratamiento. En el GE1 se alcanza a partir del seguimiento a los 3 meses y se mantiene hasta los 12 meses y en el GE2 desde el postratamiento al año. El índice de recuperación se reduce casi hasta la mitad en el seguimiento al año si consideramos a todas las participantes que inician tratamiento. En cuanto a los grupos de síntomas del TEPT la ausencia de síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación va en aumento, siendo estos últimos los más resistentes a la recuperación en ambas condiciones.

Así, dado que se obtienen diferencias significativas intra-sujeto, la magnitud de su efecto es alta y la potencia de la investigación resulta adecuada, podemos concluir que el tratamiento resulta eficaz para la reducción de los síntomas de TEPT en ambos grupos experimentales. No obstante, al no alcanzarse significación estadística en las comparaciones inter-grupo, ni valores que determinen diferencias entre ambos en relación al tamaño del efecto, además de una baja potencia estadística, parece

adecuado aceptar la hipótesis nula, considerando que no existen diferencias entre los grupos experimentales.

Respecto a las variables asociadas al TEPT ambos grupos experimentales alcanzan un grado de remisión y/o mejoría estadísticamente significativo (ANCOVAs y/o t de medidas repetidas) tanto en el postratamiento como en los seguimientos y lo hacen en un grado similar (ANCOVAs y t de medidas independientes). Los tamaños del efecto intra-grupo indican valores altos en ambas condiciones para depresión (1.94 en GE1 y 2.87 en GE2), autoestima (1.26 en GE1 y 1.66 en GE2), nivel de adaptación (2.22 en GE1 y 2.39 en GE2) y cogniciones postraumáticas (1.63 en GE1 y 1.72 en GE2). Se observan algunas diferencias entre los grupos, favorables al GE2 según la magnitud del efecto inter-grupo, concretamente en los síntomas de depresión (d alta en el seguimiento a los 3 meses, 0.89, y moderada a los 6 meses, 0.55); autoestima (d moderada en el seguimiento al mes, 0.73) y en los niveles de adaptación (d moderada o alta en los niveles totales y subescalas de trabajo, vida social, tiempo libre, familiar y global, de los seguimientos a 3 y 6 meses). No obstante, ninguno de estos resultados se mantienen en la evaluación al año. La recuperación clínica en las participantes que finalizan el tratamiento es similar en ambas condiciones, sin diferencias estadísticamente significativas (según Chi-cuadrado (X^2) inter-grupo), con frecuencias de ausencia de síntomas/diagnóstico en depresión (47.1% al postratamiento y 100% al seguimiento en GE1 vs. 66.7% al postratamiento y 80% al año en GE2), autoestima (valores superiores al 70% de recuperación al postratamiento en ambos grupos, que aumenta en los seguimientos) e inadaptación (frecuencias superiores al 30% en GE1 y 50% en GE2 al postratamiento, alcanzando ambos la recuperación en un 80% en el seguimiento al año). Si consideramos la muestra que inicia tratamiento el alcance se reduce a valores cercanos al 50% de recuperación en el postratamiento en las tres medidas y como consecuencia de la pérdida de muestra desciende al 35%-45% en los seguimientos al año, sin diferencias destacables entre ambas condiciones.

Las diferencias estadísticamente significativas en las medidas intra-sujeto, la magnitud de su efecto alta y la adecuada potencia de la investigación permiten concluir que el tratamiento resulta eficaz para la mejoría de las variables depresión, autoestima, adaptación y cogniciones postraumáticas en ambas condiciones experimentales. Las comparaciones inter-grupo no alcanzan significación estadística y los valores que determinan diferencias en relación al tamaño del efecto no son estables en el tiempo, además, la potencia estadística es baja en esos contrastes, por lo que se puede

aceptar la hipótesis nula. Por otro lado, la dirección de la eficacia es inversa a lo planteado en la hipótesis inicial, de manera que sería recomendable aumentar el tamaño de la muestra y así incrementar el grado de la probabilidad de acierto, reduciendo la probabilidad de incurrir en un error tipo II.

La evolución a lo largo de los seguimientos no resulta lineal, produciéndose avances y retrocesos en algunas de las variables que podrían estar relacionadas con las diversas situaciones a las que deben enfrentarse estas mujeres en el recorrido de la violencia (celebración de juicios, cambios de lugar de residencia, denuncias, etc.).

En resumen, dado que las dos condiciones experimentales se muestran eficaces en la reducción de los síntomas del TEPT y variables asociadas, no puede establecerse que el orden de aplicación de las técnicas influya de forma relevante en la eficacia del tratamiento. En contra de lo esperado, el grupo en el que primero se han aplicado las técnicas cognitivas y después la exposición, no ha obtenido mejores resultados clínicos, tampoco peores, en la reducción de los síntomas del TEPT respecto al grupo en el que las técnicas se aplican en orden inverso.

Grupos experimentales según orden de aplicación de las técnicas de la muestra total de Tratamiento

La comparación de la eficacia del programa de tratamiento según el orden de aplicación de las técnicas tiene en cuenta a todas las participantes del programa de tratamiento (formatos individual y grupal) de forma conjunta en dos grupos experimentales, GT1 (Ice, n=47) y GT2 (Iec, n=48).

En relación al TEPT ambos grupos alcanzan la remisión de síntomas (ANCOVA y t de medidas repetidas) en el postratamiento y seguimientos, con diferencias entre los grupos en el seguimiento al año en la escala total de TEPT (ANCOVA) y subescala de reexperimentación (ANCOVA y t de medidas independientes). La magnitud del efecto intra-grupo es alta en ambas condiciones, con promedios de 3.25, 2.52, 2.38 y 2.42 para el GT1 y 2.32, 1.98, 2.14 y 1.81 para el GT2 en la puntuación total de TEPT, reexperimentación, evitación y aumento de activación respectivamente. El tamaño del efecto inter-grupo es bajo en la mayoría de los momentos de evaluación y medidas de TEPT, pero alcanza valores moderados en el seguimiento a los 12 meses en la escala total de TEPT (0.50), subescala de reexperimentación (0.60) y subescala de evitación (0.55) favorable al GT1. La significación clínica se evidencia en que ambos grupos alcanzan entre el 80% y el 100% de recuperación en el TEPT al finalizar el

tratamiento. Las diferencias entre las condiciones aumentan en el último seguimiento, de modo que en el GT1 presenta el 100% de ausencia de diagnóstico y en el GT2 alrededor del 80%. El índice de recuperación se reduce casi hasta la mitad en el seguimiento al año si consideramos a todas las participantes que inician tratamiento, como consecuencia de la pérdida de muestra. En cuanto a los grupos de síntomas del TEPT, más del 60% de la muestra se recupera al postratamiento, con ausencia de síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de activación. Esta frecuencia va en aumento, siendo la hiperactivación el más resistente a la recuperación en ambos grupos y encontrando diferencias entre ambos. Los porcentajes más altos de recuperación los presenta el GT1, que a los 12 meses de finalizar el tratamiento y en los tres grupos de síntomas los valores son cercanos o iguales al 100%, mientras que el GT2 alcanza entre un 68 y 76%. Estos resultados se ven reforzados por diferencias estadísticamente significativas (según Chi-cuadrado de Pearson (X^2) inter-grupo) en el diagnóstico de TEPT y reexperimentación al año.

Dado que se obtienen diferencias significativas estadísticamente en las medidas intra-sujeto, la magnitud de su efecto es alta y la potencia de la investigación resulta adecuada para estas comparaciones, se puede concluir que el tratamiento resulta eficaz para la reducción de los síntomas de TEPT en cualquiera de las condiciones de tratamiento. No se alcanza significación estadística en las comparaciones inter-grupo en el postratamiento ni la mayoría de seguimientos, ni valores que determinen diferencias entre los grupos en relación al tamaño del efecto, además de una baja potencia estadística, por lo que podemos aceptar la hipótesis nula. No obstante, la hipótesis no puede rechazarse completamente dado que en el seguimiento al año se ha detectado significación estadística para el diagnóstico en la variable dependiente, tamaños del efecto moderado asociados y una potencia estadística cercana al 70% de detección del efecto. Parece pues, que a largo plazo sí aparecen diferencias. Este resultado no va en la dirección de las consideraciones teóricas (ya que las diferencias deberían haber aparecido desde el postratamiento), por lo que sería recomendable aumentar el tamaño de la muestra para poder aumentar el grado de la probabilidad de rechazar una hipótesis nula cuando ésta es falsa, esto es, cuan probable es que se pueda demostrar estadísticamente que la hipótesis inicial planteada en éste estudio es correcta. Dado que los resultados obtenidos van en la dirección de la hipótesis inicial propuesta es recomendable tenerlos en cuenta para poder seguir avanzando en esta línea de investigación.

Respecto a las variables asociadas al TEPT ambos grupos alcanzan un grado de remisión y/o mejoría estadísticamente significativo (ANCOVAs y/o t de medidas repetidas) tanto en el postratamiento como en los seguimientos y lo hacen en un grado similar (ANCOVAs y t de medidas independientes). Los tamaños del efecto intra-grupo indican valores altos en ambas condiciones para depresión (1.93 en GT1 y 1.60 en GT2), autoestima (1.16 en GT1 y 1.20 en GT2), nivel de adaptación (1.48 en GT1 y 1.25 en GT2) y cogniciones postraumáticas (1.15 en GT1 y 1.31 en GT2). El efecto inter-grupo es bajo en todos los momentos de evaluación y todas y cada una de las variables estudiadas. La recuperación clínica es similar en ambos grupos, con alguna diferencia que alcanza significación estadística ((X^2) inter-grupo) en el diagnóstico de autoestima al postratamiento favorable al GT2 en las participantes que finalizan el tratamiento. El beneficio es indudable en todas las variables. En los síntomas de depresión se observa alrededor del 70% de mejoría en el seguimiento anual. En autoestima los valores al postratamiento son superiores al 45% en el GT1 y al 73% en el GT2, que se consolidan en el seguimiento al año por encima del 65% y 76% respectivamente. En inadaptación, con frecuencias superiores al 30% al postratamiento, y ambos grupos más del 60% de recuperación en el seguimiento al año. Si se considera la muestra que inicia tratamiento se reduce el alcance a valores que suponen casi la mitad de recuperación en el postratamiento en las tres medidas y que como consecuencia de la pérdida de muestra se reduce algo más en los seguimientos al año sin diferencias destacables entre los grupos.

Las diferencias estadísticas en las medidas intra-sujeto, la magnitud alta del efecto y la adecuada potencia para estas comparaciones permiten concluir que el tratamiento resulta eficaz para la reducción de los síntomas asociados al TEPT (depresión, autoestima, adaptación y cogniciones postraumáticas) en cualquiera de los grupos estudiados. No obstante, al no alcanzarse significación estadística en las comparaciones inter-grupo en el postratamiento ni la mayoría de seguimientos, ni valores que determinen diferencias entre los grupos en relación al tamaño del efecto, además de una baja potencia estadística, se puede aceptar la hipótesis nula. Así, se puede considerar que no existen diferencias entre los grupos estudiados en relación a las variables dependientes asociadas al TEPT (depresión, autoestima, adaptación y cogniciones postraumáticas), en los que se han aplicado las mismas técnicas en diferente orden de presentación.

A modo de resumen y como conclusiones generales del estudio se puede considerar que:

1. El programa de intervención psicológica desarrollado y aplicado a mujeres expuestas a VCP con TEPT en esta investigación ha resultado eficaz para reducir la sintomatología y pérdida de diagnóstico de TEPT y recuperación en otras variables dependientes asociadas al cuadro como síntomas de depresión, autoestima, nivel de adaptación y cogniciones postraumáticas.
2. No se confirman diferencias a corto plazo en la eficacia del tratamiento en función del formato de aplicación grupal o individual para la variable dependiente principal TEPT ni variables asociadas a la misma.
3. Hay diferencias o mejores resultados en la aplicación del formato individual a medio y largo plazo en la variable dependiente principal, aunque, presumiblemente aumenta la necesidad de recursos para la aplicación, y con ello disminuye la eficiencia.
4. No se detectan diferencias sistemáticas en el orden de aplicación de los componentes de tratamiento para ninguna de las muestras estudiadas, no obstante, se mantiene el criterio de preferencia teórica (y en parte por los resultados) por el protocolo de inicio de terapia cognitiva seguida de exposición.
5. Los beneficios obtenidos en el postratamiento se incrementan en los seguimientos en todas las variables estudiadas, garantizando la efectividad.
6. Se obtienen ganancias más rápidas en variables clínicas y más lentas en variables de adaptación social y cogniciones postraumáticas, sintomatología escasamente atendida en el protocolo de intervención.
7. El alto índice de abandonos sugiere la necesidad de incrementar la motivación o adherencia al tratamiento, mejorar el vínculo terapéutico, garantizar la realización de las tareas y estudiar el contenido de las sesiones percibidas como menos útiles, entre otras.

8.3.4. Valoración cualitativa: evaluación que las participantes hacen de la intervención

La evaluación que las participantes puedan hacer no solo del resultado sino del proceso de la intervención psicológica proporciona información cualitativa al estudio que beneficia al diseño del mismo aumentando la validez. En este sentido, los resultados derivados de la Escala de Cambio Percibido (Rincón, 2003) indican valores

promedio elevados en la percepción de un cambio significativo en la mejoría de los síntomas de TEPT a partir de la quinta sesión especialmente, en cualquiera de los formatos de intervención o condiciones experimentales. Parece por tanto, que una vez establecida la alianza terapéutica, confianza tanto en los resultados del tratamiento como en el esfuerzo realizado por las propias participantes con las tareas indicadas para casa, los beneficios percibidos aumentan. Respecto a la utilidad de las sesiones, la evaluación realizada por las participantes va en la dirección de la percepción del cambio, obteniéndose valores superiores progresivos y coherentes a la evolución del tratamiento, aunque la sesión en la que se inicia la terapia de exposición es la peor valorada en los dos formatos y cualquiera de las condiciones experimentales. Este efecto puede explicarse por dos factores. Por un lado, que la percepción de la utilidad vaya en aumento correlaciona con la ausencia del establecimiento del vínculo terapéutico y el número de abandonos concentrado tras la primera sesión del programa de intervención. Por otro lado, el inicio de la terapia de exposición puede provocar el rechazo de muchas de las participantes por la exacerbación a corto plazo de la sintomatología del TEPT, incompreensión del objeto de la técnica e incluso situaciones particulares de riesgo de revictimización por situaciones judiciales activas, amenazas, convivencia, etc.

8.4. Limitaciones de la investigación

Las principales limitaciones que presenta este estudio son las siguientes:

Ausencia de grupo control. El que no se disponga de un grupo control de asignación aleatoria que permita llevar a cabo un diseño experimental con rigor metodológico es una de las principales limitaciones de este estudio. Disponer de un grupo en lista de espera en el que se toman dos medidas de evaluación en un periodo temporal similar al de la aplicación del tratamiento, permite una solución plausible en ausencia de lo que sería ideal. Pero, desde una perspectiva ética, sería muy discutible el hecho de no proporcionar asistencia a personas que presentan un problema psicopatológico y en particular a este tipo de muestras. En todo caso, disponer de un grupo de no tratamiento ha permitido controlar el efecto de la recuperación espontánea y comparar la eficacia de la intervención frente a la ausencia de tratamiento. Es una solución que evita los problemas éticos señalados.

Diseño cuasi-experimental. Utilizado para las dos hipótesis principales de esta investigación, esto es, el tratamiento frente al no tratamiento y los diferentes formatos de intervención (individual vs. grupal). Lo ideal sería realizar estudios aleatorizados, en los que la asignación a los grupos y/o modalidades se realice al azar y de éste modo se obtenga una adecuada validez interna. Sin embargo, el contexto de investigación en el ámbito de estudios académicos dificulta su realización, dado que la búsqueda de fuentes de derivación, fluidez de las mismas y existencia de dispositivos con recursos propios favorecen una remisión lenta y que no siempre se ajusta a los criterios de inclusión y programación temporal establecidos en los estudios. No obstante, para mitigar esta limitación se han realizado análisis de homogeneidad entre los grupos en relación a cualquier variable socio-demográfica, de la historia de violencia y psicopatológicas que pudieran afectar de alguna manera a la efectividad del tratamiento, controlando su influencia en los análisis posteriores. A pesar de ello, es necesario apuntar que las variables estudiadas son las registradas para este estudio sin que representen todo el conjunto de posibles variables independientes, de modo que la relación causa-efecto entre éstas y las variables dependientes debe ser tomada con cautela.

Tamaño de la muestra y potencia de la investigación. Dadas las dificultades para establecer un diseño a priori, ya que no tenemos control de la fluidez de derivación y en consecuencia de la n , se optó por realizar una estimación post hoc, que permite obtener los valores reales del tamaño del efecto y por tanto calcular la potencia observada del estudio. Aunque se ha contado con un tamaño muestral general nada desdeñable ($n=95$), la asignación a las diferentes modalidades y/o grupos de tratamiento reducen este número, en especial para la comparación de los grupos experimentales dentro del formato individual de tratamiento, de manera que el limitado tamaño de la muestra implica tamaños del efecto pequeños lo que dificulta contrastar la hipótesis planteada. Por tanto, en las comparaciones en las que encontramos una potencia estadística baja o moderada podemos considerar que está relacionada con el tamaño de la muestra reducido además del valor del tamaño del efecto. No obstante, la adecuada potencia en las comparaciones intra-grupo, que a su vez indican un alto tamaño del efecto, permite concluir que los resultados son fiables. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que es una población de difícil acceso, ya sea por la frecuente negativa a recibir ayuda de forma inicial como por la alta tasa de abandonos.

Estudio de resultados de la muestra que inicia el tratamiento. Este análisis supone tener en cuenta a todas las participantes que inician la intervención independientemente de que lo finalicen o no. De éste modo los tamaños del efecto previsiblemente resultarían menores y por tanto el alcance de los resultados más limitado, si embargo, tendría la ventaja metodológica de presentar resultados más conservadores y podría estimarse una mayor potencia si los resultados de eficacia son positivos. Algunos autores (p.ej. Johnson et al., 2011; Kubany et al., 2004; Resick et al., 2008) así lo han elegido y presentan los datos por una doble vía: 1) estudio de intención: participantes que inician el tratamiento, en el que los datos perdidos son sustituidos por la medidas pretratamiento, de manera que los abandonos son casos que no producen mejoras, y 2) estudio de finalización: participantes que completan el programa de tratamiento. En este estudio no se han incluido estos análisis, a pesar de las ventajas metodológicas comentadas y posible impacto en los resultados, ya que el estudio se centraba fundamentalmente en el análisis diferencial de la intervención y previsiblemente no se iban a encontrar cambios muy marcados. Por ello, se ha considerado más interesante ofrecer los resultados de las participantes que sí se beneficiaron de la totalidad del programa de tratamiento y de este modo centrarse en la eficacia de casos reales, algo que permite a su vez hablar de la efectividad de la intervención.

Este punto estaría relacionado con el fracaso terapéutico, entendido como abandono del tratamiento. Parece necesario introducir en las sesiones contenidos dirigidos a la motivación para el cambio y contrarrestar los elementos que favorecen el abandono. Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación y conclusiones de otros estudios en relación a este punto, el abandono se produce en las primeras sesiones del tratamiento independientemente del formato y/o tipo de grupo al que pertenezca. Dado que en estos casos no siempre se dispone de información acerca del abandono y además es posible que aún no se haya producido el efecto de la alianza terapéutica, puede resultar interesante introducir algunos elementos dirigidos a reducir el riesgo de fracaso terapéutico (p.ej. como los descritos por Laska et al., 2013). En esta línea, podría llevarse a cabo además un análisis de los predictores de éxito y fracaso en el tratamiento, así como también los de abandono de la terapia, en un intento de conseguir indicadores claros que ayuden a mejorar el diseño de la intervención aplicada en este estudio.

Pérdida de muestra en seguimientos. A pesar de que la investigación incluye el seguimiento de los resultados de la intervención hasta un año, el porcentaje de “mortalidad experimental” se va incrementando a lo largo de este periodo. Las condiciones particulares de este tipo de muestras (cambios de domicilio y datos de contacto) implican dificultades para mantener el contacto a largo plazo y obtener la información deseada. No obstante, la realización de un seguimiento a 12 meses supone una ventaja metodológica importante, ya que comparar y analizar datos en este periodo permite extraer conclusiones más estables en cuanto a la eficacia y efectividad, así como aumentar la validez externa de la investigación.

Por último, tener en cuenta el posible **sesgo del evaluador**, ya que a lo largo de toda la intervención se mantiene al mismo experimentador en cada formato de tratamiento (individual vs. grupal). Este aspecto podría paliarse utilizando evaluadores ciegos, especialmente en las evaluaciones postratamiento y seguimientos, pudiendo asegurar de este modo una mayor fiabilidad de los resultados. No obstante, dado que los resultados se toman directamente de las puntuaciones de cuestionarios, este sesgo quizá no sea tan relevante, además al tratarse de muestras similares se reduce este sesgo en relación a las comparaciones de eficacia, y por otro lado, se ha demostrado que los instrumentos de lápiz y papel están poco sujetos a la influencia del entrevistador (Silliman, McGarvey, Raymond y Fretwell, 1990).

Generalización de los resultados. La generalización de los resultados se ve potencialmente limitada por el tipo de muestra (forma de obtención), por el hecho de que cada uno de los formatos de tratamiento (individual vs. grupal) están aplicados por diferente terapeuta, y por no contar con evaluadores ciegos. Sin embargo, el hecho de que se haya trabajado con una manual protocolizado permite la replicación del estudio por parte de otros grupos de investigación o terapeutas independientes, tal y como recomiendan las principales sociedades y organismos internacionales sobre evidencia clínica.

8.5. Consideraciones finales/personales de la investigación y Directrices Futuras

Quizás lo más interesante de una investigación es que alcance al escenario práctico y que todo un recorrido analítico permita consolidar las bases de una buena práctica

profesional. Esta idea es la que promovió mi interés por la investigación y en concreto en el campo de los tratamientos eficaces, introduciéndola por tanto como objetivo del estudio aquí planteado.

La intervención que se ha descrito en este trabajo ha resultado eficaz. El diseño es útil, puede adaptarse a las necesidades de aplicación individual o grupal, las técnicas incluidas responden a las necesidades de la población tratada y además se aplica en un tiempo limitado, breve y a bajo costo, lo que le añade eficiencia.

Además, puede decirse que la eficacia se mantiene a largo plazo, así, la efectividad se suma a la eficacia y eficiencia, cumpliendo con los requisitos actuales de la psicología clínica, esto es, alcanzando los objetivos terapéuticos no sólo en condiciones experimentales óptimas, sino también en la práctica clínica habitual, con mayores beneficios y menores costes que otras alternativas terapéuticas (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

A partir de los resultados de esta investigación se plantean nuevos retos y escenarios estimulantes que no solo deben estar dirigidos a solventar las limitaciones metodológicas, sino a continuar esclareciendo algunas de las incógnitas que marcan el progreso de nuestro conocimiento en cada área en particular. Así, algunas de las cuestiones a resolver serían las siguientes:

1) En relación a la población objeto de estudio:

- a) Mejorar la comprensión de la dinámica de la VCP, esencial para dar respuesta a las necesidades reales de las afectadas y que pueden estar afectando a la participación en el tratamiento.
- b) Estudiar las correlaciones entre la sintomatología del TEPT y las variables de estudio más relevantes relativas a la historia de la VCP.
- c) Contrastar la adecuada adaptación de la población objeto de estudio y caracterización del TEPT a las recientes propuestas de definición diagnóstica del cuadro. Estudio de la estructura factorial particular.
- d) Analizar los posibles predictores de desarrollo del TEPT y otros cuadros psicopatológicos como consecuencia de experimentar VCP.

2) En relación al tratamiento:

- e) Elección en términos de eficacia y eficiencia: Combinación de formatos. Aplicación de la Terapia de Exposición en formato individual y Terapia Cognitiva en formato grupal.
- f) Elección en términos de eficiencia: el formato grupal presentaría un mayor número de ventajas, con un menor coste personal y material, y a su vez, las participantes se beneficiarían de los efectos terapéuticos de la interacción grupal.
- g) Elección en términos de eficacia y efectividad: el formato individual se muestra más eficaz.
- h) Elección en términos teórico-terapéuticos: el orden de las técnicas basado en las recomendaciones de Brewin (2001, 2003), con inicio de la terapia cognitiva seguida de exposición y proporcionando un valor más importante a ésta última (Brewin et al., 2010) garantizando el cumplimiento de las tareas derivadas de exposición tanto en vivo como en imaginación realizadas en los periodos entre sesiones. Los resultados más limitados en las variables de adaptación y cogniciones postraumáticas dirigen a la necesidad de potenciar la terapia cognitiva, ampliando el número de sesiones del protocolo de intervención y/o individualizando el mismo según necesidades de las participantes (p.ej. Labrador et al., 2009).
- i) Mejorar la sesión relativa a la preparación a la exposición, con una información más adaptada a las posibles consecuencias de su aplicación, como la exacerbación de síntomas y los beneficios de la misma. Tener en cuenta la necesidad de realizar una valoración del riesgo de la víctima y la posible incompatibilidad con la exposición a situaciones temidas que obliga a adaptar la jerarquía real a las posibilidades de exposición sin riesgo/peligro.
- j) Introducir mejoras en la adherencia al tratamiento, especialmente en relación a aquellos elementos controlables por el equipo investigador, como por ejemplo, la alianza terapéutica, disponibilidad horaria, formación y habilidades del terapeuta, supervisión de la aplicación del protocolo, etc.
- k) Flexibilizar algunos elementos de la intervención sin poner en riesgo la calidad de la metodología, pero siendo sensibles a la realidad y circunstancias de la población objeto de estudio, teniendo en cuenta que parten de un escaso control de su vida, que están expuestas a situaciones de riesgo, que pueden

tomar la decisión de regresar con la pareja durante la intervención, dificultades derivadas del proceso judicial y en especial la situación de los menores a cargo, aspectos colaterales que no son tenidos en cuenta en la intervención y que suponen una fuente de estresores constante en la víctima y que dificulta la readaptación.

- l) Estudiar las diferencias en los resultados del tratamiento en relación a variables de elevada importancia percibida como por ejemplo la convivencia, a través de un análisis de regresión para determinar los predictores de recuperación.
- m) Estudiar formalmente la satisfacción con el tratamiento, mejorando la calidad de la información cualitativa.
- n) Estudiar toda la muestra que participa en el estudio, considerando en los resultados las que inician el tratamiento, facilitando así la comparación del alcance de los logros con los principales ECAs publicados.

RESUMEN / SUMMARY

Resumen

Introducción

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se ha revelado como una de las consecuencias para la salud mental más prevalentes en las mujeres expuestas a la violencia de pareja. Los estudios sobre el efecto de la intervención psicológica dirigida a las necesidades de esta población han proliferado en las últimas décadas. Qué tratar (reducción de síntomas, conductas específicas, proceso de recuperación, etc.), qué componentes o técnicas deben incluirse en un programa de intervención y en qué orden de aplicación, son algunas de las limitaciones de los principales estudios.

Objetivo

Esta investigación pretende responder a estas cuestiones a través del desarrollo, replicación y evaluación de la eficacia de un programa de intervención psicológica aplicado con resultados satisfactorios en trabajos anteriores (Alonso, 2007; Alonso y Labrador, 2010; Cáceres, Labrador, Ardila y Parada, 2011; Cáceres, 2011; Labrador y Alonso, 2005, 2007; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006, 2009a; Labrador y Rincón, 2002; Rincón, 2003). El programa utilizado se presenta protocolarizado e incluye un diseño multicomponente con psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. De duración breve (8 sesiones) y formato de aplicación individual adaptado. El objetivo principal de este trabajo se ha centrado en la remisión de la sintomatología del TEPT (DSM-IV-TR) y otras consecuencias psicopatológicas (depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas) desarrolladas a partir de la experiencia de violencia de pareja.

Hipótesis

Se plantean tres hipótesis principales:

(1) Análisis de los cambios experimentados por las participantes como resultado de la aplicación del un programa de tratamiento en varios momentos de evaluación (postratamiento y seguimientos al mes, tres, seis y doce meses) en comparación con un grupo control-lista de espera.

(2) Evaluación de la eficacia diferencial del programa de tratamiento con formato diferente de intervención: individual vs. grupal.

(3) Evaluación de la eficacia diferencial de dos programas de tratamiento de idénticos componentes aplicados en orden diferente: terapia cognitiva seguida de terapia de exposición vs. terapia de exposición seguida de terapia cognitiva, teniendo en cuenta para el análisis la muestra total tratada y el formato individual (resultados de formato grupal en Rincón, 2003).

Método

Se evalúan 320 mujeres adultas que han experimentado violencia de pareja, seleccionando las participantes con diagnóstico de TEPT crónico (DSM-IV-TR, APA, 2004), 21 conforman el grupo control y 95 inician tratamiento. La muestra está distribuida según formato de aplicación (individual, N=45 y grupal, N=50), y orden de administración de componentes (muestra que completa el tratamiento: terapia cognitiva seguida de exposición, N=47 y exposición seguida de terapia cognitiva, N=48/ formato individual: terapia cognitiva seguida de exposición, N=22 y exposición seguida de terapia cognitiva, N=23). La variable independiente es el programa de intervención psicológica. Las participantes son evaluadas en 6 momentos temporales a lo largo del estudio: pretratamiento, postratamiento, y seguimientos al mes, tres, seis y doce meses.

El diseño de esta investigación es cuasi-experimental de grupos independientes (hipótesis 1 y 2) y experimental (hipótesis 3), con medidas repetidas en los diferentes momentos de evaluación. Los resultados relativos a la variable dependiente se miden a través de instrumentos validados *Escala de Gravedad de Sintomas de Estrés Postraumático* (Echeburúa et al., 1997b), *Inventario de Depresión de Beck* (adaptado a población española por Vázquez y Sanz, 1997), *Escala de Autoestima de Rosenberg* (Rosenberg, 1965), *Escala de Inadaptación* (Echeburúa et al., 1998) y *Inventario de Cogniciones Postraumáticas* (Foa et al., 1999b). Los análisis estadísticos se han realizado con la muestra que finaliza el tratamiento. Para el contraste de las hipótesis se han utilizado ANCOVAs, t de Student, Chi-cuadrado y el tamaño del efecto a través de la d de Cohen.

Resultados

Los resultados indican significación clínica y estadística para la muestra que recibe tratamiento, con un pronunciado descenso de la sintomatología clínica evaluada. La

magnitud del efecto del tratamiento intra-grupo es elevada en todos los contrastes realizados para la muestra de tratamiento. El tratamiento es superior al grupo control lista de espera. El formato individual alcanza un efecto del tratamiento moderado para TEPT, depresión, autoestima e inadaptación en los seguimientos a los 6 y 12 meses, así, se muestra superior al formato grupal a medio y largo. Noa parecen diferencias sistemáticas en la comparación entre grupos de diferente orden de aplicación de las técnicas, no obstante, la condición de terapia cognitiva seguida de terapia de exposición obtiene mejores resultados en relación al TEPT en el seguimiento al año. En todas las condiciones las ganancias son más rápidas en las variables clínicas y más lentas en las de adaptación social o cogniciones postraumáticas.

Conclusiones

El programa de intervención psicológica que se ha desarrollado y replicado en este estudio ha resultado eficaz, eficiente y efectivo. Se aplica en un tiempo limitado, breve y a bajo costo. Los beneficios se mantienen a largo plazo. El diseño es útil y de calidad metodológica. El protocolo puede adaptarse a las necesidades de aplicación individual o grupal, pudiendo priorizar la eficacia o la eficiencia según la elección de formato. Las técnicas incluidas, independientemente del orden de aplicación, están avaladas por la comunidad científica. Estos componentes responden a las necesidades de la población tratada, lo que facilita el alcance de los objetivos terapéuticos tanto en condiciones experimentales óptimas como en la práctica clínica habitual y aumentan la validez ecológica del estudio.

Summary

Introduction

The Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) has emerged as one of the most prevalent consequences for mental health in women exposed to intimate partner violence (IPV). Studies on the effect of psychological intervention aimed at the needs of this population have proliferated in recent decades. What does it treat (reduction of symptoms, specific behaviors, recovery process, etc.), which components or techniques should be included in an intervention program and in what order of application, are some of the limitations of the primary studies.

Objective

This research aims to answer these questions by developing, replication and evaluation of the effectiveness of a psychological intervention program successfully applied in previous studies (Alonso, 2007; Alonso & Labrador, 2010; Cáceres, Labrador, Ardila & Parada, 2011; Cáceres, 2011; Labrador & Alonso, 2005, 2007; Labrador, Fernández-Velasco & Rincón, 2006, 2009a; Labrador & Rincón, 2002; Rincón, 2003). The program used is a formalized protocol which includes multi design components, as a psychoeducation, training in controlling the activation, cognitive therapy and exposure therapy. Eight short sessions, individual formatted and adapted to each application. The main objective of this work has focused on the remission of the symptoms of PTSD (DSM-IV-TR) and other psychopathological consequences (depression, self-esteem, maladjustment and post-traumatic cognitions) developed from the experience of IPV.

Hypotheses

Three main hypotheses are:

- (1) Analysis of the changes experienced by the participants as a result of the application of a treatment program at various times of assessment (post-treatment and follow-up at one, three, six and twelve months) compared with changes to wait-list-control group.
- (2) Evaluation of the differential effectiveness of different treatment program intervention format: individual vs. group.

(3) Evaluation of the differential effectiveness of two identical treatment programs components applied in different order: cognitive therapy followed by exposure therapy vs. exposure therapy followed by cognitive therapy, taking into account the total treated sample analysis and individual format (group format results in Rincón, 2003).

Method

320 female survivors of IPV were assessed. Eligible participants were adult women with a diagnosis of chronic PTSD (DSM-IV-TR, APA, 2004), 21 form the control group and 95 initiate treatments. The sample is distributed according to application format (individual, N=45 and group, N=50), and order management components (complete treatment sample: cognitive therapy followed by exposure, N=47 and exposure followed by cognitive therapy, N=48 / individual application: cognitive therapy followed by exposure, N=22 and exposure followed by cognitive therapy, N=23). The independent variable was the psychological intervention program. Participants were assessed at 6 time points as part of the large trial: pretreatment, posttreatment, and 1, 3, 6, and 12-month follow-up.

A multigroup quasi-experimental design was employed for hypotheses 1 and 2, and experimental design for hypothesis 3 (randomized control trial), with repeated measures at different moments of evaluation. Primary outcome measures (with reference to dependent variable) included The *Severity of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Scale* (Echeburúa et al., 1997b), *Beck Depression Inventory* (Spanish adaptation by Vázquez & Sanz, 1997), *Rosenberg's Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965), *Maladjustment Scale* (Echeburúa et al., 1998) and *The Posttraumatic Cognitions Inventory* (Foa et al., 1999b). Statistical analysis is conducted on participants who completer treatment. ANCOVAs, Student's *t*, Chi-square and effect size were developed to analyze the hypotheses.

Results

The results indicate statistical and clinical significance for the treatment sample, with a pronounced decrease of the psychopathological evaluated symptoms. Large effect size were found in any groups who have been treated for all of dependent variables (PTSD, depression, self-esteem, maladjustment and post-traumatic cognitions) in all tests performed. Treatment group is superior to wait-list-control group. Individual format shows a moderate effect treatment size for PTSD, depression, self-esteem and general maladjustment in the follow-ups at 6 and 12 months, so, is superior to medium and

long term for the group treatment application. No systematic difference in comparison of groups dependent upon the order of application of the techniques is obtained, however, cognitive therapy followed by exposure therapy obtained better clinical results for PTSD at 12-months follow-up. Under all conditions studied the results were faster in clinics variables and slower in social adjustment or in post-traumatic cognitions.

Conclusions

The psychological intervention program that has been developed and replicated in this study has demonstrated its efficacy, effectiveness and efficiency. It is applied for a limited period, in short sessions and at a low cost. The benefits are maintained long term. The design is useful and of a methodological quality. The protocol can be adapted to the needs of individual or group application, can prioritize effectiveness or efficiency depending on the choice of format. The techniques included, regardless of the order of application, are supported by the scientific community. These components meet the needs of the patient population, making it easy to reach therapeutic objectives both in optimal experimental conditions as in routine clinical practice and increase the ecological validity of the study.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, E.M. (2000). Psychosocial treatments for battered women: A review of empirical research. *Research on Social Work Practice, 10*(1), 55-77.
- Adams, R.E. & Boscarino, J.A. (2006). Predictors of PTSD and delayed PTSD after disaster: The impact of exposure and psychosocial resources. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(7), 485–493. doi:10.1097/01.nmd.0000228503.95503.e9
- Afifi, T., MacMillan, H., Cox, J., Asmundson, G., Stein, M. & Sareen, J. (2009). Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and female. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(8), 1398–1417. Recuperado el 12 de abril de 2012 de: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260508322192>
- Akar, T., Aksakal, F.N., Demirel, B., Durukan, E. & Özhan, S. (2010). The Prevalence of Domestic Violence against Women among a Group Woman: Ankara, Turkey. *Journal of Family Violence, 25*, 449-460. doi: 10.1007/s10896-010-9306-8
- Alencar-Rodrigues, R. y Cantera, L. (2012). Violencia de género en la pareja: Una revisión teórica. *Psico, 43*(1), 116-126.
- Alhabib, S., Nur, U. & Jones, J. (2010). Domestic violence against women: Systematic review of prevalence studies. *Journal of Family Violence, 25*, 369–382. doi: 10.1007/s10896-009-9298-4
- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático, validación empírica de un programa de tratamiento* (Tesis doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Alonso, E. y Labrador, F.J. (2010). Eficacia de un programa de intervención para el trasorno de estrés postraumático en mujeres inmigrantes víctimas de violencia de pareja: Un estudio piloto. *Revista Interamericana de Psicología, 44*(3), 547-559.
- Álvarez, A. (1999). *Manual de ayuda para mujeres maltratadas*. Madrid: Concejalía de la Mujer. Ayuntamiento de Rivas-Vaciamadrid.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th ed. text revision)*. Washington, DC: APA.

- American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychological Association (2002). *Causal models of relationship violence: mediating variables, risk factors (perpetrators) and vulnerability markers (victims)*. Recuperado el 12 de abril de 2011 de: www.apa.org/pi/women/programs/violence/partner-violence.pdf.
- American Psychological Association (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052-1059.
- American Psychological Association (2013). *A position statement of the Society of Clinical Psychology* (Division 12 of the American Psychological Association). Recuperado el 7 de agosto de 2013 de: <http://www.div12.org/>
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R. & Kotler, M. (1999). Suicide risk and coping styles in posttraumatic stress disorder patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(2), 76-81.
- Amor, P.J., Echeburúa, E. Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
- Andrés-Pueyo, A. (2009). La predicción de la violencia contra la pareja. En Centro Reina Sofía, *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medidas de protección*. Valencia, Serie de Documentos 15.
- Andrés-Pueyo, A. y Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: Instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22(3), 403-409.
- Andreu, J. M. (2009). Propuesta de un modelo integrador de la agresividad impulsiva y premeditada en función de sus bases motivacionales y socio-cognitivas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 85-98.
- Andreu, J.M., Ramírez, J.M. y Raine, A. (2006). Un modelo dicotómico de la agresión: Valoración mediante dos auto-informes (CAMA Y RPQ). *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5, 25-42.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S. & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 69-73.

- Andrews, G., Slade, T. & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Anglin, D. & Sachs, C. (2003). Preventive care in the emergency department: Screening for domestic violence in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 10(10), 1118-1127.
- Anthony, J.L., Lonigan, C.J. & Hecht, S.A. (1999). Dimensionality of posttraumatic stress disorder symptoms in children exposed to disaster: Results from confirmatory factor analyses. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 326-336. doi:10.1037/0021-843X.108.2.326
- Anthony, J.L., Lonigan, C.J., Vernberg, E.M., La Greca, A.M., Silverman, W.K. & Prinstein, M.J. (2005). Multisample cross validation of a model of childhood posttraumatic stress disorder symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 667-676. doi:10.1002/jts.20075
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651-680.
- Arias, I. & Corso, P. (2005). Average cost per person victimized by an intimate partner of the opposite gender: A comparison of men and women. *Violence and Victims*, 20(4), 379-391. Recuperado el 10 de marzo de 2012 de: <http://dx.doi.org/10.1891/vivi.2005.20.4.379>
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de una intervención psicológica para mujeres víctimas de violencia doméstica* (Tesis doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 3 de marzo de 2012 de: <http://eprints.ucm.es/29611>
- Armour, C. & Shevlin, M. (2010). Testing the dimensionality of PTSD and the specificity of the dysphoria factor. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 15(1), 11-27. doi:10.1080/15325020903373110
- Asmundson, G.J., Frombach, I., McQuaid, J., Pedrelli, P., Lenox, R. & Stein, M. B. (2000). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: a confirmatory factor analysis of DSM-IV symptom clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 203-214. doi:10.1016/S0005-7967(99)00061-3
- Asmundson, G.J., Stapleton, J.A. & Taylor, S. (2004). Are avoidance and numbing distinct PTSD symptom clusters?. *Journal of Traumatic Stress*, 17(6), 467-475. doi:10.1007/s10960-004-5795-7
- Asmundson, G.J., Wright, K.D., McCreary, D.R. & Pedlar, D. (2003). Post-traumatic stress disorder in United Nations peacekeepers: an examination of factor structure in peacekeepers with and without chronic pain. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(1), 26-37. doi:10.1080/16506070310003648
- Astin, M.C., Lawrence, K.J. & Foy, D.W. (1993). Posttraumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factors. *Violence and Victims*, 8(1), 17-28.
- Asukai, N., Saito, A., Tsuruta, N., Kiskimoto, J. & Nisikawa, T. (2010). Efficacy of exposure therapy for Japanese patients with posttraumatic stress disorder due

- to mixed traumatic events: A randomized controlled study. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 744-750. doi: 10.1002/jts.20589
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2007). *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne: Author.
- Babcock, J.C., Roseman, A., Green, C.E. & Ross, J.M. (2008). Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: Examining mediators and moderators of the abuse-trauma link. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 809-818. doi:10.1037/a0013808
- Bados, A., Greco, A. y Toribio, L. (2012). Experiencias traumáticas y trastorno por estrés postraumático en universitarios españoles. *Anales de Psicología*, 28(2), 387-396.
- Bair-Merritt, M.H., Jennings, J.M., Chen, R., Burrell, L., McFarlane, E., Fuddy, L. & Duggan, A.K. (2010). Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: A randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(1), 16-23. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.237
- Baker, C.K., Billhardt, K.A., Warren, J., Rollins C., & Glass, N. E (2010). Domestic Violence, Housing Instability, and Homelessness: A Review of Housing Policies and Program Practices for Meeting the Needs of Survivors. *Aggression and Violent Behavior*, 15(6), 430-439. doi:10.1016/j.avb.2010.07.004.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Foa, E.B., Kessler, R.C., McFarlane, A.C. & Shalev, A.Y. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl.5), 60-66.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G. & Shalev, A. Y. (2007). Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *Journal of Family Violence*, 22(5), 267-275. doi:10.1007/s10896-007-9078-y
- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878. doi:10.1037/0003-066X.59.9.869
- Barlow, D.H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders (4th ed.)*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., Allen, L.B. & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Barnett, O.W., Miller-Perrin, C.L. & Perrin, R. (1997). *Family violence across the lifespan*. Londres: Sage.
- Barrera, T.L.; Mott, J.M.; Hofstein, R.F. & Teng, E.J. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress

- disorder. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 24–32. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.005>
- Bartone, P.T. (1999). Hardiness protects against war-related stress in army reserve forces. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51(2), 72–82.
- Baschnagel, J.S., O'Connor, R.M., Colder, C.R. & Hawk, L.W. (2005). Factor structure of posttraumatic stress among Western New York undergraduates following the September 11th terrorist attack on the World Trade Center. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 677–684.
- Basoglu, M., Salcioglu, E. & Livanou, M. (2007). A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychological Medicine*, 37(2), 203–213.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. & Erbaugh, T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53–63.
- Bell, M.E, Cattaneo, L. B., Goodman, L. A. & Dutton, M. A. (2008). Assessing the risk of future psychological abuse: Predicting the accuracy of battered women's predictions. *Journal of Family Violence*, 23, 69–80. doi: 10.1007/s10896-007-9128-5
- Bell, K.M. & Naugle, A.E. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1096–1107. doi: 10.1016/j.cpr.2008.03.003
- Belski, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320–335.
- Benedek, D.M., Friedman, M.J., Zatzick, D. & Ursano, R.J. (2009). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Washington, DC: APA.
- Berger, W., Freire Coutinho, E.S., Figueira, I., Marqués-Portela, C., Pires Luz, M., Neylan, T.C., Marmar, C.R. & Mendlowicz, M.V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001–1011. doi: 10.1007/s00127-011-0408-2
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 97–104. doi:10.1192/bjp.bp.106.021402
- Bisson, J.I. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Review*, 3. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>
- Black, C.M. (2001). Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5, 428–439.

- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Devineni, T., Veazey, C.H., Galovski, T.E., Mundy, E. et al. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research Therapy*, 41(1), 79-96.
- Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M., y Amarís, M. (2010). El sentido del mundo y el significado del yo: el Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42, 97-110.
- Boelen, P.A., Van den Hout, M.A. & Van den Bout, J. (2008). The factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms among bereaved individuals: a confirmatory factor analysis study. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1377-1383. doi:10.1016/j.janxdis.2008.01.018
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G.A., Rennie, C. & Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(6), 984-998.
- Bonino, L. (2005). Las microviolencias y sus efectos: claves para su detección. En C. Ruiz-Jarabo, y P. Blanco, P. (Coords.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección* (pp. 83-102). Madrid: Díaz de Santos.
- Bonomi, A.E., Thompson, R.S., Anderson, M., Reid, R.J., Carrell, D., Dimer, J.A., & Rivara, F.P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventative Medicine*, 30(6), 458-466. Recuperado el 10 de marzo de 2012 de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>
- Bosch, E., Ferrer, V.A. y Alzamora, A. (2006). *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Barcelona: Anthopos.
- Bott, S., Guedes, A., Goodwin, M. & Adams, J. (2012). *Violence against women in Latin America and Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington: PAHO. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://www.paho.org/violence>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227.
- Brady, K.T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl. 9), 12-15.
- Brady, K.T. & Clary, C.M. (2003). Affective and anxiety comorbidity in post-traumatic stress disorder treatment trials of sertraline. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 360-369.

- Brady, K.T., Killeen, T.K., Brewerton, T. & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl. 7), 22–32.
- Bramsen, I., Dirkzwager, A.J. & Van der Ploeg, H.M. (2000). Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1115–1119.
- Breiding, M.J., Black, M.C. & Ryan, G.W. (2008). Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen U.S. states/territories, 2005. *American Journal of Preventative Medicine*, 34(2), 112–118. doi: 10.1016/j.amepre.2007.10.001
- Bremner, J.D. (2007). Neuroimaging in posttraumatic stress disorder and other stress-related disorders. *Neuroimaging Clinics of North America*, 17(4), 523–538, ix.
- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extend of the problem?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(17), 16-22.
- Breslau, N., Davis, G.C. Andreski, P. & Pweteron, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E.L. & Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 81–87.
- Breslau, N., Davis, G., Peterson, E.L. & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder - major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48, 902–909.
- Breslau, N. & Kessler, R.C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50, 699-704.
- Breslau, N., Peterson E.L., Poisson, L.M., Schultz, L.R. & Lucia., V.C. (2004). Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological Medicine*, 34(5), 889-898.
- Brewin, C.R. (1989). Cognitive change process in psychotherapy. *Psychological Review*, 96(3), 376-394.
- Brewin, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 373–393.
- Brewin C.R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Brewin, C.R., Andrews, B., Rose, S. & Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 360-366.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J. (2000). Metaanalysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. doi:10.1037//0022-006X.68.5.748

- Brewin, C.R., Gregory, J.D., Lipton, M. & Burgess, N. (2010). Intrusive Images in Psychological Disorders: Characteristics, Neural Mechanisms, and Treatment Implications. *Psychological Review*, 177(1), 210-232. doi: 10.1037/a0018113
- Brewin, C.R., Joseph, S. & Dalgleish, T. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
- Brewin, C.R., Lanius, R.A., Novac, A., Schnyder, U. & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after Criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 366-373. doi: 10.1002/jts.20443
- Briere, J. (1987). Predicting self-reported likelihood of battering: attitudes and childhood experiences. *Research and Personality*, 21, 61-69.
- Briere, J. (1992). *Child Abuse Trauma: theory and Treatment of the lasting effects*. Newbury Park: Sage.
- Briere, J. & Scott, C. (2006). *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Brockner, J. & Rubin, J.Z. (1985). *Entrapment in escalating conditional and psychological analysis*. New York: Soringen-Verlag.
- Broman-Fulks, J.J., Ruggiero, K.J., Green, B.A., Smith, D. W., Hanson, R.F., Kilpatrick, D.G. & Saunders, B.E. (2009). The latent structure of posttraumatic stress disorder among adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 22(2), 146-152. doi: 10.1002/jts.20399
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experiemental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi: 10.1037/0003-066X.32.7.513
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. & Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Brown, T.A., Chorpita, B.F. & Barlow, D.H. (1998). Structural relationships among dimensions of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179-192.
- Brownridge, D. (2004). Understanding women's heightened risk of violence in common law unions. *Violence Against Women*, 10(6), 626-692.
- Bryant, R. A. (2006). Recovery after the tsunami: Timeline for rehabilitation. *Journal of Clinical Psychiatry* 67(Suppl.2), 50-55.
- Bryant, R. & Guthrie, R. (2005). Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: A study of trainee firefighters. *Psychological Science*, 16(10), 749-752.
- Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (1998). Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 625-629.

- Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (2000). *Acute stress disorder: A hand-book of theory, assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., Dang, S.T., Mastrodomenico, J., Nixon, R. D., et al. (2008). A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 695–703. doi: 10.1037/a0012616
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., Dang, S.T. & Nixon, R.D. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 706-712.
- Buckley, T.C., Blanchard, E.B. & Hickling, E.J. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1091–1099. doi:10.1016/S0005-7967(98)00076-X
- Busuttil, W. (2009). Complex post-traumatic stress disorder: a useful diagnostic framework?. *Psychiatry*, 8(8), 310-314. doi:10.1016/j.mppsy.2009.04.014
- Cáceres, E. (2011). *Tratamiento Psicológico centrado en el Trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Recuperado el 10 de mayo de 2012 de: <http://eprints.ucm.es/13882/1/T33357>
- Cáceres, E.; Labrador, F.J.; Ardila, P. y Parada, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 5(2), 13-31.
- Cáceres, J. (2004). Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto. *Clínica y Salud*, 15(1), 33-54.
- Cahill, S.P., Rothbaum, B.O., Resick, P., & Follette, V.M. (2009). Cognitive- Behavioral Therapy for Adults. En F. Edna, K. Terence, F. Matthew, & C. Judith (Eds). *Effective Treatments for PTSD. (2th Ed). Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 139-221). New York: The Guilford press.
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2007). Factor structure and validity of the revised conflict tactics scales for Spanish women. *Violence Against Women*, 13(10), 1072-1087.
- Campbell, A. (1993). *Men, women and aggression*. New York: Basic Books.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331–1336.
- Campbell, R., Greeson, M.R., Bybee, D.I. & Raja, S. (2008). The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 194-207. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.194

- Cantera, L.M. (2007). *Casais e violência: Um enfoque além do gênero*. Porto Alegre: Dom Quixote.
- Cantera, L.M. y Blanch, J.M. (2010). Percepción social de la violencia en la pareja desde los estereotipos de género. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 121-127. doi: 10.593/in2010v19n2a3
- Capaldi, D.M., Kim, H.K., & Shortt, J.W. (2004). Women's involvement in aggression in young adult romantic relationships: A developmental systems model. En M. Putallaz, K. L. Bierman (Eds.), *Aggression, antisocial behavior, and violence among girls: A developmental perspective* (pp. 223-241). New York: Guilford Press.
- Capaldi, D.M., Knoble, N.B., Shortt, J.W., & Kim, H.K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2), 231-280. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>
- Capaldi, D.M., Shortt, J.W. & Kim, H.K. (2005). A life span developmental systems perspective on aggression toward a partner. En W. M. Pinsof, J. Lebow (Eds.), *Family psychology: The art of the science* (pp. 141-167). New York: Oxford University Press.
- Carlson, J.G., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L., & Muraoka, M.Y. (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 3-24.
- Carlson, B.E., McNutt, L., Choi, D. Y. & Rose, I.M. (2002). Intimate partner abuse and mental health: The role of social support and other protective factors. *Violence Against Women*, 8(6), 720-742.
- Carney, M., & Barner, J. (2012). Prevalence of partner abuse: Rates of emotional abuse and control. *Partner Abuse*, 3(3), 286-335. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.3.3.286>
- Carragher, N., Mills, K., Slade, T., Teesson, M. & Silove, D. (2010). Factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms in the Australian general population. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), 520-527. Recuperado el 12 de junio de 2013 de: doi:10.1016/j.janxdis.2010.03.009
- Cascardi, M., O'Leary, K.D. & Schlee, K.A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14(3), 227-249.
- Catalano, S. & Bureau of Justice Statistics (2006). *Intimate Partner Violence in United States*. Recuperado el 6 de junio de 2012 de: www.ojp.usdoj.gov/bjs/intimate/ipv.htm
- Cattaneo, L.B., Bell, M.E, Goodman, L.A. & Dutton, M.A. (2007). Intimate partner violence victims' accuracy in assessing their risk of re-abuse. *Journal of Family Violence*, 22, 429-440. doi 10.1007/s10896-007-9097-8

- Cebrián, D., Mingote, J.C., Isla, I., Ruiz, F. y Jurado, R. (2009). El TEPT crónico como enfermedad sistémica relacionada con el estrés. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de Enlace*, 91, 7-18.
- Centro Reina Sofía (2010). *III Informe Internacional: Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y Legislación*. Valencia, Serie de Documentos 16.
- Chalfant, A.M., Bryant, R.A. & Fulcher, G. (2004). Posttraumatic stress disorder following diagnosis of multiple sclerosis. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 423-428.
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7
- Chard, K.M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 965-971.
- Chu, J.A., Frey, L.M., Ganzel, B.L. & Matthews, J.A. (1999). Memories of childhood abuse: dissociation, amnesia and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 749-755.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Classen, C., Cavanaugh, C., Kaupp, J., Aggarwal, R., Palesh, O., Koopman, C., Kraemer, H. & Spiegel, D. (2011). A comparison of trauma-focused and present-focused group therapy for survivors of childhood sexual abuse: A randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 3(1) 84-93. doi: 10.1037/a0020096
- Clinical Practice Guideline Working Group VA/DoD (2004). *Management of post-traumatic stress*. Washington, DC: VA Office of Quality and Performance. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: http://www.healthquality.va.gov/ptsd/ptsd-sum_2010a.pdf
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067-1074.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C.L. et al. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915-24. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09081247
- Coker, A.L., Davis, K.E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H.M., et al. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260-268.

- Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R. & McKeown, R.E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9(5), 451–457.
- Coker, A.L., Weston, R., Creson, D.L., Justice, B. & Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: The role of risk and protective factors. *Violence and Victims*, 20(2), 625–643. doi:10.1891/vivi.20.6.625
- Constantino, R., Kim, Y. & Crane, P. A. (2005). Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: A pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 575-590. Recuperado el 6 de junio de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1080/01612840590959416>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Landtree, Ch., Blaustein, M., Cloitre M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E. & Van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in children and Adolescent. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Corral, P. y Calvete, E. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja mediante las escalas de tácticas para conflictos: estructura factorial y diferencias de género en jóvenes. *Psicología Conductual*, 14(2), 215-233.
- Corsi, J. (1994). *Violencia Familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S.N., de Mey-Guillard, Bonasse, F., Djamoussian, D. et al. (2008). Randomized controlled comparison of cognitive behavior therapy with Rogerian supportive therapy in chronic post-traumatic stress disorder: a 2-year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(2), 101-110. doi: 10.1159/000112887
- Cogle, J.R., Resnick, H. & Kilpatrick, D.G. (2009). A prospective examination of PTSD symptoms as risk factors for subsequent exposure to potentially traumatic events among women. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 405–411. doi: 10.1037/a0015370
- Cox, B.J., Mota, N., Clara, I. & Asmundson, G.J. (2008). The symptom structure of posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Replication Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1523–1528. doi:10.1016/j.janxdis.2008.03.009
- Crespo, M. (2012). Protocolos y guías de tratamientos psicológicos: iniciativas y propuestas. En F.J. Labrador y M. Crespo (Coords.), *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Crespo, M. y Arinero, M. (2010). Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 847-861. doi: 10.1017/S113874160000250X

- Cunradi, C. (2007). Drinking level, neighborhood social disorder and mutual intimate partner violence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(6), 1012–1019.
- Dadic-Hero, E., Toric, I., Ruzic, K., Medved, P., Graovac, M. et al. (2009). Comorbidity – a troublesome factor in PTSD treatment. *Psychiatria Danubia*, 21(3), 420–424.
- Dagleish, T. (1999) *Posttraumatic stress disorder: Concepts and Therapy*. Chichester: Wiley and sons Ltd.
- Dagleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228-260.
- Dancu, C.V., Riggs, D.S., Hearst-Ikeda, D., Shoyer, B.G. & Foa, E.B. (1996). Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 253-267.
- Darves-Bornoz, J., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J., Kovess-Masfety, V., Lepine, J-P., Nachbaur, G., Negre-Pages, L., Vilagut, G. & Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the european study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455-462. doi: 10.1002/jts.20357
- Davins, M., Bartolomé, D., Salamero, M. y Pérez-Testor, C. (2010). Mujeres maltratadas y calidad de la relación de pareja. Diferencias en la percepción de la satisfacción con la relación de pareja en un grupo de mujeres maltratadas en función de la duración y tipo de maltrato. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 27, 265-278. Recuperado el 10 de junio de 2013 de: <http://www.raco.cat/index.php/Aloma>
- DeGue, S. & DiLillo, D. (2005). "You would if you loved me": Toward an improved conceptual and etiological understanding of nonphysical male sexual coercion. *Aggression and Violent Behavior*, 10(4), 513-532. Recuperado el 10 de marzo de 2012 en http://0-www.sciencedirect.com/cisne.sim.ucm.es/science?_ob=...SkzS&md5=3f8ee9fe3e11ed5ec4e84d1825529409&ie=/sarticle.pdf
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2012). *Macroencuesta de Violencia de Género 2011. Avance de resultados*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado 18 de agosto de 2013 de: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/PDFS/AvanceMacroencuesta2011.pdf>
- Denson, T.F., Marshall, G.N. Schell, T.L. & Jaycox, L.H. (2007). Predictors of posttraumatic distress 1 year after exposure to community violence: The importance of acute symptom severity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 683–692. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.683
- Desmarais, S.L., Reeves, K.A., Nicholls, T.L., Telford, R., & Fiebert, M.S. (2012a). Prevalence of physical violence in intimate relationships-Part 1: Rates of male

- and female victimization. *Partner Abuse*, 3(2), 140-169. Recuperado el 18 de agosto de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.140>
- Desmarais, S.L., Reeves, K.A., Nicholls, T.L., Telford, R. & Fiebert, M.S. (2012b). Prevalence of physical violence in intimate relationships—Part 2: Rates of male and female perpetration. *Partner Abuse*, 3(2), 170-198. Recuperado el 18 de agosto de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.170>
- Ditlevsen, D.N. & Elklit, A. (2012). Gender, trauma type and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Annals of General Psychiatry*, 11, 26. doi:10.1186/1744-859X-11-26
- Dobash, R.E. & Dobash, R.P. (1979). *Violence against wives: A case against the patriarchy*. New York: Open Books, Shepton Mallet.
- Dunmore, E., Clark, D.M. & Ehlers, A. (2001). A prospective examination of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063–1084.
- Durán, M., Moya, M., Megías, J. L. & Viki, T. (2010). Social perception of rape victims in dating and married relationships: the role of perpetrator's benevolent sexism. *Sex Roles*, 62, 505-519. doi: 10.1007/s11199-0009-9676-7
- Dutton, D.G. & Golant, S.K. (1997). *El Golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Dutton, M.A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention*. New York: Springer.
- Dutton, M.A. & Goodman, L.A. (2005). Coercion in Intimate Partner Violence: Toward a New Conceptualization. *Sex Roles*, 50, 743-756. Recuperado el 10 de marzo de 2012 de: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/214438.pdf>
- Dutton, M.A., Goodman, L.A. & Bennett, L. (2001). Court-involved battered women's responses to violence: The role of psychological, physical, and sexual abuse. En K. D. O'Leary & R. D. Maiuro (Eds.), *Psychological abuse in violent domestic relations* (pp. 177–195). New York: Springer Publishing.
- Dutton, M.A., Green, B.L., Kaltman, S.I., Roesch, D.M., Zeffiro, T.A. & Krause, E.D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(7), 955-968.
- Dye, M.L. & Eckhardt, C.I. (2000). Anger, irrational beliefs and dysfunctional attitudes in violent dating relationships. *Violence and Victims*, 15(3), 337-350.
- Eccles, M. & Manson, J. (2001). How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technology Assessment*, 5(16), 1-69.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol.2). Madrid: Mc Graw-Hill.

- Echeburúa, E., y Corral, P. (1998). Manual de violencia familiar. Madrid. SIGLO XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y modificación de Conducta*, 24(96), 527-555.
- Echeburúa, E.; Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(107), 325-340.
- Echeburúa, E; Corral, P; Amor, P. J, Sarasua, B. y Zubizarreta, B. (1997a). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997b). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 503-526.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. de Corral (Coords.), *Manual de Violencia Familiar* (pp. 71-175). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja? Un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 355-382. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33712001001>
- Eckhardt, C.I., Murphy, C.M., Whitaker, D.J., Sprunger, J., Dykstra, R. & Woodard, K. (2013). The Effectiveness of Intervention Programs for Perpetrators and Victims of Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, 4(2). Recuperado el 9 de octubre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.4.2.196>
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., et al. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30(2), 269-276. doi: 10.1016/j.cpr.2009.12.001
- Ehlers A., Clark D.M., Hackmann A., McManus F., Fennell M., Herbert C. & Mayou R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, self-help booklet, and repeated early assessment as early interventions for PTSD. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 1024-1032.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F. & Fennell, M.J. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 413-431.
- Ehlers, A., Mayou, R.A. & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 508-519.

- Ehrensaft, M.K. (2009). Family and Relationship Predictors of Psychological and Physical Aggression. En Daniel, O. & Erica, M.W. (Eds.), *Psychological and physical aggression in couples: Causes and interventions* (pp. 99-118). Washington, DC: American Psychological Association.
- Eksi, A. & Braun, K.L. (2009). Over-time changes in PTSD and depression among children surviving the 1999 Istanbul earthquake. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18(6), 384–391. doi: 10.1007/s00787-009-0745-9
- Elhai, J.D., Biehn, T.L., Armour, C., Klopper, J.J., Frueh, B. C. & Palmieri, P.A. (2011). Evidence for a unique PTSD construct represented by PTSD's D1–D3 symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 340–345. doi:10.1016/j.janxdis.2010.10.007
- Elhai, J.D., Engdahl, R.M., Palmieri, P.A., Naifeh, J.A., Schweinle, A. & Jacobs, G.A. (2009). Assessing posttraumatic stress disorder with or without reference to a single, worst traumatic event: examining differences in factor structure. *Psychological Assessment*, 21(4), 629–634. doi:10.1037/a0016677
- Elhai, J.D., Ford, J.D., Ruggiero, K.J. & Frueh, B.C. (2009). Diagnostic alterations for posttraumatic stress disorder: examining data from the National Comorbidity Survey Replication and National Survey of Adolescents. *Psychological Medicine*, 39(12), 1957–1966. doi:10.1017/S0033291709005819
- Elhai, J.D., Gray, M.J., Docherty, A.R., Kashdan, T.B. & Kose, S. (2007). Structural validity of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist among college students with a trauma history. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(11), 1471–1478. doi:10.1177/0886260507305569
- Elhai, J.D., Grubaugh, A.L., Kashdan, T.B. & Frueh, B.C. (2008). Empirical examination of a proposed refinement to DSM-IV posttraumatic stress disorder symptom criteria using the National Comorbidity Survey Replication data. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 597–602. doi:10.4088/JCP.v69n0411
- Elhai, J.D. & Palmieri, P.A. (2011). The factor structure of posttraumatic stress disorder: A literature update, critique of methodology and agenda for future research. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 849– 854. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.04.007
- Elhai, J.D., Palmieri, P.A., Biehn, T.L., Frueh, B.C. & Magruder, K.M. (2010). Posttraumatic stress disorder's frequency and intensity ratings are associated with factor structure differences in military veterans. *Psychological Assessment*, 22(4), 723–728. doi:10.1037/a0020643
- Elklit, A., Armour, C. & Shevlin, M. (2009). Testing alternative factor models of PTSD and the robustness of the dysphoria factor. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1), 147–154. doi: 10.1016/j.janxdis.2009
- Elklit, A. & Shevlin, M. (2007). The structure of PTSD symptoms: a test of alternative models using confirmatory factor analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 299–313. doi:10.1348/014466506X171540

- Ellsberg, M., Jansen, H.A., Heise, L., Watts, C.H. & Garcia-Moreno, C.; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *Lancet*, 371(9619), 1165–1172. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60522-X.
- Engdahl, R.M., Elhai, J.D., Richardson, J.D. & Frueh, B.C. (2011). Comparing posttraumatic stress disorder's symptom structure between deployed and non-deployed veterans. *Psychological Assessment*, 23(1), 1–6. doi:10.1037/a0020045
- Engelhard, I.M., Huijding, J., Van den Hout, M.A. & de Jong, P.J. (2007). Vulnerability associations and symptoms of posttraumatic stress disorder in soldiers deployed to Iraq. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2317–2325.
- Escudero, A., Polo, C., López, M. y Aguilar, L. (2005). La persuasión coercitiva. Modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(96), 59-91.
- Eshelman, L. & Levendosky, A. (2012). Dating violence: Mental health consequences based on type of abuse. *Violence and Victims*, 27(2), 215-228. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.27.2.215>
- Esquivel-Santoveña, E.E., Lambert, T.L. & Hamer, J. (2013). Partner Abuse Worldwide. *Partner Abuse*, 4(1), 6-75. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.4.1.6>
- Fecteau, G., Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(3), 201-214.
- Feeny, N., Lory, Z., & Foa, E.B. (2010). Addressing clinical complexities in prolonged exposure. *Pre-Meeting. ISTSS 26th Annual Meeting*. Montreal, Canadá. International Society for Traumatic Stress Studies.
- Flake, D.F. (2005). Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women*, 11(3), 353-373. doi: 10.1177/1077801204272129.
- Fleury, R.E., Sullivan, C.M. & Bybee, D.I. (2000). When ending the relationship doesn't end the violence: Women's experiences of violence by former partners. *Violence Against Women*, 6(12), 1363-1383.
- Foa, E.B., Cascardi, M., Zoellner, L.A. & Feeny, N.C. (2000a). Psychological and environmental factors associated with partner violence. *Trauma, Violence and Abuse*, 1(1), 67-91.
- Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A. & Street, G.P. (1999a). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200.

- Foa, E.B., Feske, U., Murdock, T.D., Kozac, M.J. & McCarthy, P.R. (1991). Processing of threat-related material in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 156-162.
- Foa, E.B., Hembree, E.A., Cahill, S.P., Rauch, S.A., Riggs, D.S., Feeny, N.C. & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953-964. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.953
- Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD. Emotional Processing of Traumatic Experiences*. NY, US: Oxford University Press, Inc.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., Chemtob, C.M., Tolin, D.F., Van der Kolk, B.A., et al. (2000b). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 539–558.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD. (2th Ed). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford press.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E.B. & Riggs, D.S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. En J. Oldham, M. B. Riba & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12 (pp. 273–303). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E.B., Stein, D.J. & McFarlane, A.C. (2006). Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl.2), 15-25.
- Foa, E. B., Steketee, G. & Olasov, B. (1989). Behavioural/ Cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 155-176.
- Foa, E.B., Tollin, D.F., Ehlers, A., Clark, D.M. & Orsillo, S.M. (1999b). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
- Foa, E.B., Zinbarg, R. & Rothbaum, B.O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112(2), 218-238.
- Follingstad, D.R., Wright, S., Lloyd, S. & Sebastian, J.A. (1991). Sex differences in motivations and effects in dating violence. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 40, 51-57.
- Fontanil, Y., Méndez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F. J., Herrero, F. J. y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14(Suppl.), 130-138.

- Foran, H.M. & O'Leary, K.D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1222-1234. doi:10.1016/j.cpr.2008.05.001
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J.I., Cohen, J.A., Crow, B.E, Foa, E.B. et al. (2010). A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Traumatic Stress*, 23(5), 537-52. doi: 10.1002/jts.20565
- Forbes, D., Creamer, M., Hawthorne, G., Allen, N. & McHugh, T. (2003). Comorbidity as a predictor of symptom change after treatment in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous Mental Disease*, 191(2), 93–99.
- Forbes, D., Lloyd, D., Nixon, R.D., Elliot, P., Varker, T., Perry, D. et al. (2012). A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 442-452. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.006
- Ford, J.D., Elhai, J.D., Ruggiero, K.J. & Frueh, B.C. (2009). Refining the posttraumatic stress disorder diagnosis: evaluation of symptom criteria with the National Survey of Adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(5), 748–755. doi:10.4088/JCP.08m0469
- Foshee, V.A. (1996). Gender differences in adolescent dating abuse prevalence, types and injuries. *Health Education Research*, 11, 275-286.
- Fox, G.L., Benson, M.L., Demaris, A.A. & Van Wyk, J. (2002). Economic distress and intimate violence: Testing family stress and resources theory. *Journal of Marriage and the Family*, 64, 793–807.
- Frans, O., Rimmö, P.A., Åberg, L. & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291–299. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x
- Franzblau, S.H., Echevarria, S., Smith, M. & Van Cantfort, T.E. (2008). A preliminary investigation of the effects of giving testimony and learning yogic breathing techniques on battered women's feelings of depression. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(12), 1800-1808. doi: 10.1177/0886260508314329
- Frazier, P.A., Gavian, M., Hiari, R., Park, C., Tennen, H., Tomich, P. & Tashiro, T. (2011). Prospective predictors of posttraumatic stress disorder symptoms: direct and mediated relations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 3(1), 27–36. doi: 10.1037/a0019894
- Friedman, M. (1996). PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians. *Community Mental Health Journal*, 32(2), 173-179.
- Friedman, M.J., Cohen, J.A., Foa, E.B. & Keane, T. (2009). Integration and Summary. En E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman & J.A. Cohen (Eds.), *Effective Treatments for PTSD. (2th Ed). Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 617-642). New York: The Guilford Press.

- Fullerton, C.S. & Ursano, R.J. (2005). Psychological and psychopathological consequences of disasters. En J. J. López-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj, N. Sartorius & A. Okasha (Eds.), *Disasters and mental health* (pp. 13–36). Chichester: Wiley.
- Galea, S., Ahern, J., Tracy, M., Hubbard, A., Cerda, M., Goldman, E. & Vlahov, D. (2008). Longitudinal determinants of posttraumatic stress in a population-based cohort study. *Epidemiology*, 19(1), 47-54. doi: 10.1097/EDE.0b013e31815c1dbf
- García Torrecillas, J.M., Torio, J. y Lea, M.C. (2008). Detección de la violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 40(9), 455-461
- García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heike, L. & Watts, C.; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368(9543), 1260–1269.
- Gargurevich, R., Luyten, P., Fils, J.F. & Corveleyn, J. (2009). Factor structure of the Impact of Event Scale-Revised in two different peruvian samples. *Depression and Anxiety*, 26(8), 91-98. doi: 10.1002/da.20430
- Gavazzi, S.M., McKenry, P.C., Jacobson, J.A., Julian, T.W. & Lohman, B. (2000). Modeling the effects of expressed emotion, psychiatric symptomatology and marital quality levels on male and female verbal aggression. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 669-682. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.00669.x
- Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Laudén, A., Snir, Y., & Benjamin, J. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 773-780.
- Gilbert, L., El-Bassel, N., Manuel, J., Wu, E., Go, H., Golder, S., et al. (2006). An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: Testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. *Violence and Victims*, 21(5), 657-672.
- Glick, P., Sakalli-Ugurlu, N., Ferreira, M.C. & Souza, M.A. (2002). Ambivalent sexism and attitudes toward wife abuse in Turkey and Brazil. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 292-297.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
- Gómez, M.M. (2010). *Desarrollo y validación de un instrumento autoaplicado para la evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático (EGEP)* (Tesis doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Gómez, M.M. y Crespo, M. (2012). Sintomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos. *Acción Psicológica*, 9(1), 71-86. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.438>

- González, R. y Santana, J. D. (2001). *Violencia en parejas jóvenes. Análisis y prevención*. Madrid: Pirámide.
- Goode, W. (1971). Force and violence in the family. *Journal of Marriage and the Family*, 33, 624-636.
- Goodman, L.A. & Smyth, K.F. (2011). A call for a Social Network-Oriented Approach to Services for Survivors of Intimate Partner Violence. *Psychology of Violence*, 1(2), 79-92. Recuperado el 13 de mayo de 2013 de: <http://dx.doi:10.1037/a0022977>
- Gracia, E. (2009). The context of domestic violence: social and contextual factors associated with partner violence against women. In Pearlman, K.S. (Ed.), *Marriage: Roles, stability and conflict* (pp.95-109). New York: Nova Science Publishers.
- Graña, J.L., Rodríguez, M.J. y Peña, M.E. (2009). Agresión hacia la pareja en una muestra de la Comunidad de Madrid: Análisis por género. *Psicopatología Legal y Forense*, 9(1), 7-28.
- Green, B.L., Krupnick, J.L., Chung, J., Siddique, J., Krause, E.D., Revicki, D. & Miranda, J. (2006). Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *Journal of Clinical Psychology*, 62(7), 815-835.
- Green, B.L., Lindy, J.D. (1994). Post-traumatic stress disorder in victims of disasters. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 301-309.
- Grubaugh, A.L., Long, M.E., Elhai, J.D., Frueh, B.C. & Magruder, K.M. (2010). An examination of the construct validity of posttraumatic stress disorder with veterans using a revised criterion set. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 909-914. doi:10.1016/j.brat.2010.05.019
- Hamberger, K. & Hastings, J. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners: A cross-validated study. *Journal of Family Violence*, 1(4), 323-341.
- Hamby, S. (2009). The gender debate about intimate partner violence: Solutions and Dead Ends. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 1(1), 24-34. doi: 10.1037/a0015066
- Hampton, R. & Gelles, R. (1994). Violence toward black women in a nationally representative sample of black families. *Journal of Comparative Family Studies*, 25, 105-119.
- Harding, H.G. & Helweg-Larsen, M. (2009). Perceived risk for future intimate partner violence among women in a domestic violence shelter. *Journal of Family Violence*, 24(2), 75-85. doi:10.1007/s10896-008-9211-6
- Harlé, K.M., Allen, J.J. & Sanfey, A.G. (2010). The impact of Depression on Social Economic Decision Making. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 440-446. Recuperado el 6 de abril de 2012 de: <http://psycnet.apa.org/journals/abn/119/2/440.pdf>
- Harned, M.S. (2001). Abused women or abused men? An examination of the context and outcomes of dating violence. *Violence and Victims*, 16(3), 269-85.

- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. Alonso, J. y el Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. doi: 10.1157/13086324
- Harvey, A., Garcia-Moreno, C. & Butchart, A. (2007). Primary prevention of intimate partner violence and sexual violence: Background paper for WHO expert meeting. Genova: World Health Organization. Recuperado el 10 de marzo de 2012 de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/IPV-SV.pdf
- Hassija, C.M. & Gray, M.J. (2010). Are cognitive techniques and interventions necessary? A case for the utility of cognitive approaches in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 112-127. doi: 10.1111/j.1468-2850.2010.01201.x
- Hawkins, S.S. & Radcliffe, J. (2006). Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 420-430. doi: 10.1093/jpepsy/jsj039
- Hedtke, K.A., Ruggiero, K.J., Fitzgerald, M.M., Zinzow, H.M., Saunders, B.E., Resnick, H.S. & Kilpatrick, D.G. (2008). A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation to mental health and substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 633-647. doi:10.1037/0022-006X.76.4.633
- Hegarty, K. L., O'Doherty, L., Chondros, P., Valpied, J., Taft, A.J., Astbury, J. et al. (2013a). Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(2), 273-294. doi: 10.1177/0886260512454722
- Hegarty, K., O'Doherty, L., Taft, A., Chondros, P., Brown, S., Valpied, J., Astbury, J., Taket, A., Gold, L., Feder, G. & Gunn, J. (2013b). Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 382(9888), 249-258. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60052-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60052-5)
- Heise, L.L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290. doi: 10.1177/1077801298004003002.
- Hembree, E. A., Foa, E.B., Dorfan, N.M., Street, G.P., Kowalski, J. & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD?. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 555-562.
- Herman, J.L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J.L. (1992b). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence from domestic to political terror*. New York: Basic Books.

- Herrero, C. y Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. *Psicothema*, 14, 109-117.
- Hettrich, E.L. & O'Leary, K.D. (2007). Females' reasons for their physical aggression in dating relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(9), 1131-1143. doi: 10.1177/0886260507303729
- Hidalgo, R. & Davidson, J. (2000). Post traumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl.7), 5-13.
- Hines, D.A. & Saudino, K.J. (2003). Gender differences in psychological, physical, and sexual aggression among college students using the Revised Conflict Tactics Scale. *Violence and Victims*, 18(2), 197-217.
- Hinton, D.E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S.A., Hofmann, S.G. & Pollack, M.H. (2005). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 617-629. doi: 10.1002/jts.20070
- Hinton, D.E., Hofmann, S.G., Pollack, M.H. & Otto, M.W. (2009). Mechanisms of efficacy of CBT for Cambodian refugees with PTSD: improvement in emotion regulation and orthostatic blood pressure response. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 15(3), 255-263. doi: 10.1111/j.1755-5949.2009.00100.x.
- Hinton, D.E., Hofmann, S.G., Rivera, E., Otto, M.W. & Pollack, M.H. (2011). Culturally adapted CBT (CA-CBT) for Latino women with treatment-resistant PTSD: a pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 275-280. doi: 10.1016/j.brat.2011.01.005
- Hodgins, G.A., Creamer, M. & Bell, R. (2001). Risk factors for posttrauma reactions in police officers: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(8), 541-547.
- Hoff, L.A. (1990). *Battered womens as survivors*. London: Boutledge.
- Hogberg, G., Pagani, M., Sundin, O., Soares, J., Aberg-Wistedt, A., Tärnell, B. et al. (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers - A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 54-61. doi:10.1080/08039480601129408
- Holder, E.H., Robinson, L.O. & Rose, K. (2009). *Practical Implications of Current Domestic Violence Research: For Law Enforcement, Prosecutors and Judges*. U.S: Departament of Justice. Office of Justice Programs National Institute of Justice. Recuperado el 10 de marzo de 2012 de: <http://www.ojp.usdoj.gov/nij/>
- Holtzheimer, P.E., Russo, J., Zatzick, D., Bundy, C. & Roy-Byrne, P.P. (2005). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on short-term clinical outcome in hospitalized patients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 970-976. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.970
- Horowitz, M.J. (1973). Phase-oriented treatment of stress response syndromes. *American Journal of Psychotherapy*, 27, 506-515.

- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason-Aronson.
- Horowitz, M.J. (1979). Psychological response to serious life events. En V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach*. New York: Wiley.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes*. (2ª ed.) Northvale: Aronson.
- Horowitz, M.J. (1997). *Stress response syndromes*. (3ª ed.) Northvale: Aronson.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Fluckiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Hoyt, T. & Yeater, E.A. (2010). Comparison of posttraumatic stress disorder symptom structure models in Hispanic and White college students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 2(1), 19-30. doi:10.1037/a0018745
- Imel, Z.E., Laska, K., Jakupcak, M. & Simpsom, T.L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 81(3), 394-404. doi: 10.1037/a0031474
- Institute of Medicine (2007). *Treatment of PTSD: Assessment of the evidence*. Washington, DC: National Academies Press.
- Instituto de la Mujer (1999). *La Violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2002). *La violencia contra las mujeres: resultados de la macroencuesta*. Recuperado el 18 de agosto de 2013 de: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>
- Instituto de la Mujer (2006). *III Macroencuesta sobre la violencia contra las Mujeres: informe de resultados*. Recuperado el 18 de agosto de 2013 de: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>
- Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado, M. J. y Martínez Arias, R.] (2002). *Guía de Buenas Prácticas para Paliar los Efectos de la Violencia Contra las Mujeres y Conseguir su Erradicación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Iverson, K.M., Shenk, C. y Fruzzetti, A.E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242-248. doi: 10.1037/a0013476
- Jakupcak, M., Osborne, T., Cook, J.W., Michael, S. T. & McFall, M. (2006). Implications of masculine gender role stress in male veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Men and Masculinity*, 7(4), 203-211. doi:10.1037/1524-9220.7.4.203
- Jaycox, L.H., Marshall, G.N., & Orlando, M. (2003). Predictors of acute distress among young adults injured by community violence. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 237-245.
- Jensen, L.A. (2000). The cycle of domestic violence and the barriers to treatment. *The Nurse Practitioner*, 25(5), 26-29.

- Jewkes, R. (2013). Intimate partner violence: the end of routine screening. *Lancet*, 382(9888), 190-191. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60584-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60584-X)
- Johnson, D., Zlotnick, C. & Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 542-551. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023822>
- Johnson, H. & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 36-47.
- Johnson, D., & Zlotnick, C. (2006). A Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women With PTSD in Shelters: Findings From a Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress [Brief Reports]*, 19(4), 559-564. doi: 10.1002/jts.20144
- Jonas, D.E., Cusack, K., Forneris, C.A., Wilkins, T.M., Sonis, J., Middleton, J.C., Feltner, C., Meredith, D., Cavanaugh, J., Brownley, K. A., Olmsted, K.R., Greenblatt, A., Weil, A., Gaynes, B.N. (2013). Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Comparative Effectiveness Reviews*, 92. AHRQ Publication No. 13-EHC011-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- Jones, L., Hughes, M. & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence & Abuse*, 2(2), 99-119.
- Jouriles, E.N., McDonald, R., Spiller, L., Norwood, W D., Swank, P.R., Stephens, N., Ware, H. & Buzy, W.M. (2001). Reducing conduct problems among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 774-785.
- Kalmus, D.S. & Straus, M.A. (1982). Wife's marital dependency and wife abuse. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 277-286.
- Kang, H.K., Natelson, B.H., Mahan, C.M., Lee, K.Y. & Murphy, F.M. (2003). Posttraumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: A population based survey of 30,000 veterans. *American Journal of Epidemiology*, 157, 141-148.
- Karam, E.G., Andrews, G., Bromet, E., Petukhova, M., Ruscio, A.M., Salamoun, M., et al. (2010). The role of criterion A2 in the DSM-IV diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 68(5), 465-473. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.04.032
- Karamustafalioglu, O.K., Zohar, J., Guveli, M., Gal, G., Bakim, B., Fostick, L., Karamustafalioglu, N. & Sasson, Y. (2006). Natural course of posttraumatic stress disorder: A 20-month prospective study of Turkish earthquake survivors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(6), 882-889.
- Karlin, B.E., Chard, K.M., Eftekhari, A., Monson, C. M., Hembree, E.A., Resick, P.A. & Foa, E.B. (2010). Dissemination of evidence based psychological treatments for

- posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 663–673. doi:10.1002/jts.20588
- Kaslow, N.J., Leiner, A.S., Reviere, S., Jackson, E., Bethea, K., Bhaju, J., Rhodes, M., Gantt, M.J., Senter, H. & Thompson, M.P. (2010). Suicidal, abused African American women's response to a culturally informed intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 449–458. Recuperado el 6 de junio de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1037/a0019692>
- Kaslow, N.J., Thompson, M.P., Okun, A., Price, A., Young, S., Bender, M., et al. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 311–319.
- Kassam-Adams, N., Marsac, M.L. & Cirilli, C. (2010). Posttraumatic stress disorder symptom structure in injured children: functional impairment and depression symptoms in a confirmatory factor analysis. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(6), 616–625. doi:10.1016/j.jaac.2010.02.011
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146–159. doi:10.1037/0003-066X.63.3.146
- Kehle, S.M., Reddy, M.K., Ferrier-Auerbach, A.G., Erbes, C.R., Arbisi, P.A. & Polusny, M.A. (2011). Psychiatric diagnoses, comorbidity and functioning in National Guard troops deployed to Iraq. *Journal of Psychiatric Research*, 45(1), 126–132. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.05.013
- Kehle-Forbes, S.M., Polusny, M.A., MacDonald, R., Murdoch, M., Meis, L.A., & Wilt, T.J. (2012). A Systematic Review of the Efficacy of Adding Nonexposure Components to Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=DCF29E7C-CD58-7613-4942-7A2FBA57D6D7&resultID=1&page=1&dbTab=pa#>
- Kelley, L.P., Weathers, F.W., McDevitt-Murphy, M.E., Eakin, D.E. & Flood, A.M. (2009). A comparison of PTSD symptom patterns in three types of civilian trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 227–235. doi: 10.1002/jts.20406
- Keltner, D., Gruenfeld, D.H., & Anderson, C. (2003). Power, Approach and Inhibition. *Psychological Review*, 110(2), 265–284.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 709–725.
- Kessler, R.C., Hwang, I., La Brie, R., Petukhova, M., Sampson, N.A., Winters, K.C. & Shaffer, H. (2008). The prevalence and correlates of DSM-IV pathological

- gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(9), 1351-1360. doi: 10.1017/S0033291708002900
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S. & Acierno, R. (2009). Should PTSD Criterion A Be Retained?. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 374-383. doi: 10.1002/jts.20436
- Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Acierno, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S. & Best, C.L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692-700. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.692
- Kim, S. & Kim, J. (2001). The effects of group intervention for battered women in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(6), 257-264.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R.S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96. Recuperado el 6 de abril de 2012 de: <http://psycnet.apa.org/journals/bul/137/1/68.pdf>
- Kimerling, R., Ouimette, P. & Weitlauf, J.C. (2007). Gender issues in PTSD. En M. J. Friedman et al. (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp. 207-228). New York: Guilford Press.
- King, L.A., King, D.W., Fairbank, J.A., Keane, T.M. & Adams, G.A. (1998a). Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 420-434.
- King, D.W., Leskin, G.A., King, L.A. & Weathers, F.W. (1998b). Confirmatory factor analysis of the clinician administered PTSD Scale: evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10(2), 90-96.
- King, D.W., Orazem, R.J., Lauterbach, D., King, L.A., Hebenstreit, C.L. & Shalev, A.Y. (2009). Factor structure of posttraumatic stress disorder as measured by the impact of event scale-revised: Stability across cultures and time. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 1(3), 173-187. doi: 10.1037/a0016990
- Klein, K. & Alexander, D.A. (2009). Epidemiology and presentations of post-traumatic disorders. *Psychiatry*, 8(8), 282-287. Recuperado el 6 de abril de 2012 de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1476179306000218>
- Koenen, K.C., Harley, R., Lyons, M.J., Wolfe, J., Simipson, J. C., Golderberg, J., et al. (2002). A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 190, 209-218.

- Koenen, K.C., Stellman, S.D., Sommer, J.F. & Stellman, J.M. (2008). Persisting posttraumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam veterans: A 14-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress, 21*(1), 49–57. doi: 10.1002/jts.20304
- Kolassa, I., Ertl, V., Eckart, C, Kolassa, S., Onyut, L.P. & Elbert, T. (2010). Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced psychologically. *Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 2*(3), 169–174. doi: 10.1037/a0019362
- Krause, E.D., Kaltman, S., Goodman, L. & Dutton, M.A. (2006). Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: A prospective study. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4), 507–516. doi:10.1002/jts.20136
- Krause, E.D., Kaltman, S., Goodman, L.A. & Dutton, M.A. (2007). Longitudinal factor structure of posttraumatic stress symptoms related to intimate partner violence. *Psychological Assessment, 19*(2), 165–175. doi:10.1037/1040-3590.19.2.165
- Krug, E.G, Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kruse, J., Joksimovic, L., Cavka, M., Wöller, W. & Schmitz, N. (2009). Effects of trauma-focused psychotherapy upon war refugees. *Journal Trauma Stress, 22*(6), 585-592. doi: 10.1002/jts.20477
- Kubany, E.S., Hill, E.E. & Owens, J.A. (2003). Cognitive Trauma Therapy for Women With PTSD: Preliminary Findings. *Journal of Traumatic Stress, 16*(1), 81-91. doi: 10.1023/A:1022019629803
- Kubany, E.S., Hill, E.E., Owens, J.A., Lance-Spencer, C., McCaig, M.A. & Tremayne, K.J. (2004). Cognitive Trauma Therapy for Women With PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 3-18. doi: 10.1037/0022-006X.72.1.3
- Kubany, E.S. & Ralston, T.C. (2008). *Treating PTSD in Battered Women. A cognitive trauma therapy protocol*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Kuijpers, K.F., Van der Knaap, L.M. & Lodewijks, I.A. (2011). Victims' influence on intimate partner violence revictimization: A systematic review of prospective evidence. *Trauma, Violence & Abuse, 12*(4), 198–219. doi:10.1177/1524838011416378
- Kuijpers, K.J., Van der Knaap, L.M. & Winkel, F.W. (2012). PTSD symptoms as risk factors for intimate partner violence revictimization and the mediating role of victims' violent behavior. *Journal of Traumatic Stress, 25*(2), 179–186. doi: 10.1002/jts.21676
- Labrador, F.J. y Rincón, P.P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta, 28*(122), 905-932.
- Labrador, F.J.; Rincón, P.P.; De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres Víctimas de la Violencia Doméstica*. Madrid: Pirámide.

- Labrador, F.J. y Alonso, E. (2005). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76, 47-65.
- Labrador, F.J. y Alonso, E. (2007). Evaluación de la eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 117-130.
- Labrador, F.J.; Fernández-Velasco, R. y Rincón, P.P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 527-547.
- Labrador, F.J.; Fernández-Velasco, R. y Rincón, P.P. (2009a) Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 49-68.
- Labrador, F.J., Rincón, P., Estupiñá, F., Crespo, M., de Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2009b). *Protocolos de Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género. III. Protocolo de Tratamiento*. Ministerio de Igualdad, Gobierno de España. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Labrador, F.J., Fernández-Velasco, R. y Rincón, P.P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105.
- Lancaster, S.L., Melka, S.E. & Rodriguez, B.F. (2011). Emotional Predictors of PTSD Symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 313-317. doi: 10.1037/a0022751
- Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lang, P.J. (1990). Cognition in emotion: Concept and action. En C.E. Izard, J. Kagan y R.B. Zajonc (Eds.), *Emotions, Cognition, and Behavior* (pp. 192-226). Nueva York: Cambridge University Press.
- Lanius, R.A., Vermetten, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner J.D. & Spiegel, D. (2010). Emotion Modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167, 640-647. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09081168
- Lary, H. & Garcia-Moreno, C. (2009). Partner aggression across cultures. En D. O'Leary & E.M. Woodin (Eds.), *Psychological and physical aggression in couples: Causes and interventions* (pp. 59-75). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Laska, K.M., Smith, T.L., Wislocki, A.P., Minami, T. & Wampold, B.E. (2013). Uniformity of Evidence-Based Treatments in Practice? Therapist Effects in the Delivery of Cognitive Processing Therapy for PTSD. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 31-41. doi: 10.1037/a0031294

- Lawrence, E. & Bradbury, T. (2007). Trajectories of change in physical aggression and marital satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 236-247. doi: 10.1037/0893-3200.21.2.236
- Lawrence, E., Orengo-Aguayo, R., Langer, A. & Brock, R.L. (2012). The Impact and Consequences of Partner Abuse on Partners. *Partner Abuse*, 3(4). Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.3.4.406>
- Lawrence, E., Yoon, J., Langer, A. & Ro, E. (2009). Is psychological aggression as detrimental as physical aggression? The independent effects of psychological aggression on depression and anxiety symptoms. *Violence and Victims*, 24(1), 20-35. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19297883>
- Lengua, L.J., Long, A.C., Smith, K.I. & Meltzoff, A.N. (2005). Preattack symptomatology and temperament as predictors of children's responses to the September 11 terrorist attacks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(6), 631-645. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00378.x
- Letourneau, E.J., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., y Saunders, B.E. (1996). Comorbidity of sexual problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *Behavior Therapy*, 27(3), 321-336.
- Levendosky, A.A. & Graham-Bermann, S.A. (2000). Parenting in battered women: A trauma theory approach. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 3(1), 25-36.
- Liedl, A., Muller, J., Morina, N., Karl, A., Denke, C. & Knaevelsruc, C. (2011). Physical activity within a CBT intervention improves coping with pain in traumatized refugees: results of a randomized controlled design. *Pain Medicine*, 12(2), 234-245. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.01040.x
- Lipsky, S., Field, C.A., Caetano, R. & Larkin, G.L. (2005). Posttraumatic stress disorder symptomatology and comorbid depressive symptoms among abused women referred from emergency department care. *Violence and Victims*, 20(6), 645-659. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16468443>
- Litz, B.T., Engel, C.C., Bryant, R.A., & Papa, A. (2007). A randomized, controlled proof-of-concept trial of an internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1676-1683. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06122057
- Löbmann, R., Greve, W., Wetzels, P. & Bosold, C. (2003). Violence against women: conditions, consequences and coping. *Psychology, Crime & Law*, 9(4), 309-331.
- Lopes Cardozo, B., Kaiser, R., Gotway, C.A. & Again, F. (2003). Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 351-60.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.

- Lovell, K., Marks, I.M., Noshirvani, H., Thrasher, S. & Livanou, M. (2001). Do cognitive and exposure treatments improve various PTSD symptoms differently? A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(1), 107-112.
- Loxton, D., Schofield, M., Hussain, R. & Mishra, G. (2006). History of domestic violence and physical health in midlife. *Violence Against Women*, 12(8), 715-731. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801206291483>
- Luxenber, T., Spinazzola, J. & Van der Kolk, B. (2001). Complex trauma and disorders of exterm stress (DESNOS). Diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21(25), 373-392.
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., Reed, G.M., Van Ommeren, M., et al. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381(9878), 1683-1685. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)
- Maes, M., Delmeire, L., Schotte, C., Janca, A., Creten, T., Mylle, J., et al. (1998). The two-factorial symptom structure of post-traumatic stress disorder: depression-avoidance and arousal-anxiety. *Psychiatry Research*, 81(2), 195-210. doi:10.1016/S0165-1781(98)00094-8
- Mann, T. (1996). *Clinical Guidelines: Using clinical guidelines to improve patient care within the NHS*. London: Department of Health.
- Mansfield, A.J., Williams, J., Hourani, L.L. & Babeu, L.A. (2010). Measurement invariance of posttraumatic stress disorder symptoms among U.S. military personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 91-99. doi:10.1002/jts.20492
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55(4), 317-325.
- Marshall, A.D., Jones, D.E. & Feinberg, M.E. (2011). Enduring vulnerabilities, relationship attributions, and couple conflict: An integrative model of the occurrence and frequency of intimate partner violence. *Journal of Family Psychology*, 25(5), 709-718. doi: 10.1037/a0025279
- Marshall, G.N., Schell, T.L., & Miles, J.N. (2010). All PTSD symptoms are highly associated with general distress: ramifications for the dysphoria symptom cluster. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 126-135. doi: 10.1037/a0018477
- Marshall, G.N., Schell, T.L., Miles, J.N. (2013). A multi-sample confirmatory factor analysis of PTSD symptoms: What exactly is wrong with the DSM-IV structure?. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 54-66. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.004
- Martínez, M., García-Linares, M.I. y Pico-Alfonso, M.A. (2004). Women victims of domestic violence: Consequences for their health and the role of the health

- system. En R. Klein, B. Wallner (Eds.), *Conflict, gender, and violence* (pp:127-155). Vienna: Studien-Verlag.
- Matud, M.P., Gutierrez, A.B. y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 88, 1-9.
- Matud, M.P. (2007a). Dating violence and domestic violence. *Journal of Adolescent Health*, 40, 295-297.
- Matud, M.P. (2007b). Domestic abuse and children's health in the Canary Islands, Spain. *European Psychologist*, 12, 45-53. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://psycontent.metapress.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1027/1016-9040.12.1.45>
- Mauricio, A.M., Tein, J. & Lopez, F.G. (2007). Borderline and antisocial personality scores as mediators between attachment and intimate partner violence. *Violence and Victims*, 22(2), 139-157. doi: 10.1891/088667007780477339
- Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The Cage questionnaire: validation of the new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- Mayou, R. & Bryant, B. (2002). Psychiatry of whiplash neck injury. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180, 441-448. doi:10.1192/bjp.180.5.441.
- McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice*, 4(2), 174-189.
- McDonagh, A., McHugo, G., Sengupta, A., Demment, C., Schnurr, P., Friedman, M., Ford, M., Mueser, K., Fournier, D. & Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515-524. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.515
- McDonald, S.D., Beckham, J.C., Morey, R., Marx, C., Tupler, L.A. & Calhoun, P.S. (2008). Factorial invariance of posttraumatic stress disorder symptoms across three veteran samples. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 309-317. doi:10.1002/jts.20344
- McFarlane, J., Groff, J.Y., O'Brien, J.A. y Watson, K. (2006). Secondary prevention of intimate partner violence. A randomized controlled trial. *Nursing Research*, 55(1), 52-61. Recuperado el 11 de abril de 2013 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16439929>
- McFarlane, J., Malecha, A., Gist, J., Watson, K., Batten, E., Hall, I. & Smith, S. (2002). An intervention to increase safety behaviors of abused women: Results of a randomized clinical trial. *Nursing Research*, 51(6), 347-354. Recuperado el 11 de abril de 2013 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12464754>
- McFarlane, J., Soeken, K. y Wiist, W. (2000). An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women. *Public Health Nursing*,

- 17(6), 443-451. Recuperado el 11 de abril de 2013 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11115142>
- McHugh, R.K. & Barlow, D.H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions. A review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73-84. doi: 10.1037/a0018121
- McMillan, R. & Gartner, R. (1999). When she brings home the bacon: Labor-force participation and the risk of spousal violence. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 947-958.
- McWilliams, L.A., Cox, B.J. & Asmundson, G.J. (2005). Symptom structure of posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(6), 626-641. Recuperado el 6 de abril de 2012 de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088761850400060X>
- McNally, R.J. (2009). Can we fix PTSD in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 26(7), 597-600. doi:10.1002/da.20586
- Mechanic, M.B. (2004). Beyond PTSD: Mental health consequences of violence against women: A response to Briere and Jordan. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1283-1289.
- Mechanic, M.B., Weaver, T.L. & Resick, P.A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 14(6), 634-654. doi:10.1177/1077801208319283
- Medina, J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja. Investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Medina-Ariza, J. y Barberet, M. (2003). Intimate partner violence in Spain. Findings from a National Survey. *Violence Against Women*, 9, 302-322.
- Megías, J.L. y Montañés, P. (2012). Percepción de las mujeres víctimas de malos tratos sobre la asimetría de poder en la pareja y su relación con la violencia: estudio preliminar. *Anales de psicología*, 28(2), 405-416. Recuperado el 10 de junio de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148901>
- Meiser-Stedman, R., Yule, W., Smith, P., Glucksman, E. & Dalgleish, T. (2005). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1381-1383. doi:10.1176/appi.ajp.162.7.1381
- Mele, M. (2009). The time course of repeat intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 24(8), 619-624. doi: 10.1007/s10896-009-9260-5
- Mendes, D.D., Mello, M.F., Ventura, P., Passarela, C.M. & Mari, J.M. (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 241-259. Recuperado el 18 de agosto de 2013 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19069570>

- Metcalfe, J. & Jacobs, W.J. (1996). A "hot-system/cool-system" view of memory under stress. *PTSD Research Quarterly*, 7(2), 1-3.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H. y Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10, 163-179.
- Mineka, S., Watson, D. & Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Ficha estadística de víctimas mortales por violencia de género*. Recuperado el 18 de noviembre de 2013 de: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/home.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Últimos datos de violencia de género. Denuncias*. Recuperado el 18 de noviembre de 2013 de: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/home.htm>
- Mitchell, R.E. y Hodson, C.A. (1986). Coping and social support among battered women: An ecological perspective. En S.E. Hobfoll (Ed.), *Stress, Social Support, and Women* (pp. 153-169). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Moffitt, T. & Caspi, A. (1999). *Findings about partner violence from the Dunedin multidisciplinary health and development study*. U.S.: National Institute of Justice.
- Molidor, C., & Tolman, R. M. (1998). Gender and contextual factors in adolescent dating violence: Gender and contextual issues. *Violence against Women*, 4(2), 180-195.
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., et al. (2004). Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 231-238.
- Monson, C.M., Schnurr, P.P., Resick, P.A., Friedman, M.J., Young-Xu, Y., & Stevens, S.P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 898-907. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.898
- Montalbán, I. (2007). Malos tratos, violencia doméstica y violencia de género desde el punto de vista jurídico. *Circunstancia: revista de ciencias sociales del Instituto de Investigación Ortega y Gasset*, 12. Recuperado el 10 marzo de 2012 de: <http://www.ortegaygasset.edu/fog/ver/272/circunstancia/ano-v---numero-12---enero-2007/estados-de-la-cuestion/malos-tratos--violencia-domestica-y-violencia-de-genero-desde-el-punto-de-vista-juridico>
- Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12(1), 371-397.
- Mower, O.H. (1947). On the dual nature or learning-reinterpretation of "conditioning" and "problem solving". *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.

- Mower, O.H. (1960). *Learning Theory and Behaviour*. New York: John Wiley & Sons.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Xie, H., et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 259-271. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.259
- Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L., O'Leary, K.D. & González, P. (2007). Physical and psychological aggression in dating relationships in Spanish university students. *Psicothema, 19*(1), 102-107.
- Nacasch, N., Foa, E.B., Huppert, J.D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y. et al. (2011). Prolonged exposure therapy for combat-and terror-related posttraumatic stress disorder: a randomized control comparison with treatment as usual. *Journal of Clinical Psychiatry, 72*(9), 1174-1180. doi: 10.4088/JCP.09m05682blu
- Nad, S., Marcinko, D., Vuksan-Eusa, B., Jakovljevic, M., Jakoljevic, G. (2008). Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly catholic Croatian Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. A case control study. *Journal of Nervous Mental Disease, 196*(1), 79-83.
- Naifeh, J.A., Elhai, J.D., Kashdan, T.B. & Grubaugh, A.L. (2008). The PTSD Symptom Scale's latent structure: an examination of trauma-exposed medical patients. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(8), 1355-1368. doi:10.1016/j.janxdis.2008.01.016
- Naifeh, J.A., Richardson, J.D., Del Ben, K.S. & Elhai, J.D. (2010). Heterogeneity in the latent structure of PTSD symptoms among Canadian veterans. *Psychological Assessment, 22*(3), 666-674. doi:10.1037/a0019783
- Nathanson, A.M., Shorey, R.C., Tirone, V. & Rhatingan, D.L. (2012). The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence. *Partner Abuse, 3*(1), 59-75. Recuperado el 18 de agosto de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1891/19466560.3.1.59>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Posttraumatic stress disorder: The Management of PTSD in Primary and Secondary Care*. London: NICE.
- Nayak, M.B., Byrne, C.A., Martin, M.K. & Abraham, A.G. (2003). Attitudes toward violence against women: A Cross-Nation Study. *Sex Roles, 49*, 333-342.
- Neria, Y., Nandi, A. & Galea, S. (2007). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine, 38*(4), 467-480. Recuperado el 6 de agosto de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707001353>
- Neroien, A.I., & Schei, B. (2008). Partner violence and health: Results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health, 36*, 161-168. Recuperado el 6 de agosto de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1177/1403494807085188>

- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T. & Schauer, M. (2010). Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 81-91. doi: 10.1080/16506070903121042
- Neuner, F., Onyut, P.L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 686-694. doi: 10.1037/0022-006X.76.4.686
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 579-587. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.579
- Nijdam, M.J., Gersons, B.P., Reitsma, J.B., de Jongh, A. & Olff, M. (2012). Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitization and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 200(3), 224-231. doi: 10.1192/bjp.bp.111.099234
- Nixon, R.D., Resick, P.A. & Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 315-320.
- Nogueiras, B. (2004). La violencia en la pareja. En C. Ruíz-Jarabo y P. Blanco (Eds.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección* (pp. 39-56). Madrid: Díaz de Santos.
- Norris, F.H., Friedman, M.J., Watson, P.J., Byrne, C.M., Diaz, E. & Kaniasty, K. (2002). 60.000 Disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239.
- North, C.S., Suris, A.M., Davis, M. & Smith, R.P. (2009). Toward validation of the diagnosis of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 34-41.
- Norwood, A. & Murphy, C. (2012). What forms of abuse correlate with PTSD symptoms in partners of men being treated for intimate partner violence? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(6), 596-604. doi: 10.1037/a0025232
- O'Leary, K.D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14(1), 3-23.
- O'Leary, K.D. & Maiuro, R.D. (2001). *Psychological abuse in violent domestic relations*. New York: Springer.
- O'Leary, K.D., Malone, J. & Tyree, A. (1994). Physical aggression in early marriage: Pre-relationship and relationship effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 594-602. doi: 10.1037/0022-006X.62.3.594

- O'Leary, K.D. & Slep, A.M. (2003). A dyadic longitudinal model of adolescent dating aggression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 314-327.
- O'Leary, K.D., Slep, A.M. & O'Leary, S.G. (2007). Multivariate models of men's and women's partner aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 752-764. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.752
- O'Leary, K.D., Tintle, N., Bromet, E.J. & Gluzman, S.F. (2008). Descriptive epidemiology of intimate partner aggression in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 619-626. doi: 10.1007/s00127-008-0339-8
- O'Donnell, M.L., Creamer, M. & Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1390-1396. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1390
- O'Donnell, M.L., Elliot, P., Wolfgang, B.J. & Creamer, M. (2007). Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 173-182. doi: 10.1002/jts.
- O'Reilly, R., Beale, B. & Gillies, D. (2010). Screening and intervention for domestic Violence during pregnancy care: A systematic review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 11(4), 190-201. doi: 10.1177/1524838010378298
- Obasaju, M.A., Palin, F.L., Jacobs, C., Anderson, P., & Kaslow, N.J. (2009). Won't you be my neighbor? Using an ecological approach to examine the impact of community on revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(1), 38-53. doi: 10.1177/0886260508314933
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N. & Gersons, B.P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183-204. doi: 10.1037/0033-2909.133.2.183
- Olf, M., Sijbrandij, M., Opmeer, B.C., Carlier, I.V. & Gersons, B.P. (2009). The structure of acute posttraumatic stress symptoms: "reexperiencing", "active avoidance", "dysphoria", and "hyperarousal". *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 656-659. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.02.003
- Oquendo, M.A., Friend, J.M., Halberstam, B., Brodsky, B.S., Burke, A.K. (2003). Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 580-582. doi:10.1176/appi.ajp.160.3.580
- Orcutt, H., Erikson, D.J. & Wolfe, J. (2002). A prospective analysis of trauma exposure: The mediating role of PTSD symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 259-266.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *CIE-10 [Clasificación Internacional de Enfermedades]: trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado el 10 de marzo de 2012 de:

- http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/violencia/siv1/doctos/imsvcompleto.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2005). Estudio Multipaís dela OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica. Recuperado el 10 de marzo de 2012 de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924359351X_spa.pdf
- Orr, S.P., Metzger, L.J., Lasko, N.B., Macklin, M.L., Peri, T. y Pitman, R.K. (2000). De novo conditioning in trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 290-298.
- Orth, U. & Wieland, E. (2006). Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 698–706. doi:10.1037/0022-006X.74.4.698
- Osborne, R. (2001). *La violencia contra las mujeres. Realidad social y políticas públicas*. Madrid: UNED.
- Owens, D.K., Lohr, K.N., Atkins, D., Treadwell, J.R., Reston, J.T., Bass, E.B., et al. (2010). AHRQ Series Paper 5: grading the strength of a body of evidence when comparing medical interventions--Agency for Healthcare Research and Quality and the Effective Health-Care Program. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(5), 513-523. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.03.009
- Owens, G.P., Steger, M.F., Whitesell, A.A. & Herrera, C.J. (2009). Relationships among guilt, meaning in life, and posttraumatic stress disorder among veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 654-657. doi: 10.1002/jts.20460
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.52
- Pacella, M.L., Hruska, B. & Delahanty, D.L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 33–46. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>
- Palmieri, P.A., Marshall, G.N. & Schell, T.L. (2007). Confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms in Cambodian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 207–216. doi:10.1002/jts.20196
- Palmieri, P.A., Weathers, F.W., Difede, J. & King, D.W. (2007). Confirmatory factor analysis of the PTSD Checklist and the Clinician-Administered PTSD Scale in disaster workers exposed to the World Trade Center Ground Zero. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 329–341. doi:10.1037/0021-843X.116.2.329
- Panagioti, M., Gooding, P.A. & Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 915–930. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.02.009
- Parker, L.M. (2006). A structural equation model for predicting dating violence: Anger, attitudes toward violence, psychological abuse and psysical aggression.

- Dissertation Abstracts International Section-B: The Sciences and Engineering*, 67(2-B), 1160.
- Parslow, R., Jorm, A. & Christensen, H. (2006). Associations of pretrauma attributes and trauma exposure with screening positive for PTSD: Analysis of a community-based study of 2085 young adults. *Psychological Medicine*, 36(3), 387–395. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291705006306>
- Pérez-Testor, C., Castillo, J.A., Davins M., Salamero, M. & San-Martino, M. (2007). Personality profiles in a group of battered women: Clinical and care implications. *Journal of Family Violence*, 22, 73-80. doi: 10.1007/s10896-006-9057-8
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M.B., Hofler, M., Lieb, R., Maercker, A. & Wittchen, H.U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1320–1327.
- Pfouts, J.H. (1978). Violent families: Coping responses of abused wives. *Child Welfare*, 37, 101-111.
- Pico-Alfonso, M.A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(1), 181-193.
- Pico-Alfonso, M.A., García-Linares, M.I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599–611. Recuperado el 6 de abril de 2012 de: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2006.15.599>
- Pietrzak, R.H., Goldstein, M.B., Malley, J.C., Rivers, A.J. & Southwick, S.M. (2010). Structure of posttraumatic stress disorder symptoms and psychosocial functioning in Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Psychiatry Research*, 178(2), 323–329. doi:10.1016/j.psychres.2010.04.039
- Ponniah, K. & Hollon, S.D. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1086–1109. doi: 10.1002/da.20635
- Porcelli, J.H., Cogan, R. & Hibbard, S. (2004). Personality characteristics of partner violent men: A Q-sort approach. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 151-162. doi: 10.1521/pedi.18.2.151.32776
- Poundja, J., Fikretoglu, D. & Brunet, A. (2006). The co-occurrence of posttraumatic stress disorder symptoms as pain: Is depression a mediator? *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 747-751.
- Powers, M.B., Halpern, J.M., Ferenschak, M.P., Gillihan, S.J. & Foa, E.B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635–641. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.007

- Pratto, F. & Walker, A. (2004). The bases of gendered power. En A. H. Eagly, A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (2ª ed.) (pp. 242-268). New York: The Guilford Press.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y.H., Davidson, L.L. & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *British Medical Journal*, 325(7359), 314-318.
- Rasmussen, A., Smith, H. & Keller, A.S. (2007). Factor structure of PTSD symptoms among west and central African refugees. *Journal of traumatic stress*, 20(3), 271-280. doi:10.1002/jts.20208
- Rauch, S.A., Grunfeld, T.E., Yadin, E., Cahil, S.P., Hembree, E. & Foa, E.B. (2008). Changes in reported physical health symptoms and social function with prolonged exposure therapy for chronic posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, 26(8), 732-738. doi: 10.1002/da.20518
- Rauch, S.L., Shin, L.M. & Phelps, E.A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: Human neuroimaging research—past, present, and future. *Biological Psychiatry*, 60(4), 376-382.
- Reed, G.L. & Enright, R.D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 920-929. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.920>
- Reed, P.L., Anthony, J.C. & Breslau, N. (2007). Incidence of drugs problems in young adults exposed to trauma nada posttraumatic stress disorder: Do early life experiences and predispositions matter?. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1435-1442. doi:10.1001/archpsyc.64.12.1435
- Resick, P.A., Galovski, T.E., Uhlmansiek, M.O., Scher, C.D., Clum, G.A. & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 243-258. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.243
- Resick, P.A., Nishith, P., & Griffin, M.G. (2003). How well does cognitive behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums*, 8, 340-355.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C. & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867-879.
- Resick, P.A. & Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748-760.
- Resick, P.A., Williams, L.F., Suvak, M.K., Monson, C.M. & Gradus, J.L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 201-210. doi: 10.1037/a0026602

- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E. & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984–991.
- Rhatigan, D.L., Street, A.E. & Axson, D.K. (2006). A critical review of theories to explain violent relationship termination: Implications for research and intervention. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 321–345.
- Riggs, D., Caulfield, M., & Fair, K. (2009). Risk of intimate partner violence: factors associated with perpetration and victimization. En M.K. Phillip (Ed.), *Behavioral emergencies. An evidence-based resources for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization* (pp. 189–208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Riggs, D.S., Caulfield, M.B. & Street, A.E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1289–1316.
- Riggs, D.S. & O'Leary, K.D. (1996). Aggression between heterosexual dating partners: An examination of a causal model of courtship aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(4), 519–540.
- Rincón, P.P. (2001). *Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de programas de intervención*. (Proyecto DEA). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Rincón, P.P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de programas de intervención*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Rincón, P.P., Labrador, F.J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105–116.
- Robert, C. (2000). *What is an 'Effect Size'? A guide for users*. Durham University's Curriculum, Evaluation and Management Centre (<http://cem.dur.ac.uk/>). Disponible en: <http://cem.dur.ac.uk/ebeuk/research/effectsize/ESguide.htm>
- Roberts, A.R. (2002). *Handbook of domestic violence intervention strategies: Policies, Programs and Legal Remedies*. New York: Oxford University Press.
- Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J. & Bisson, J.I. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 293–301. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040590
- Robinson, J.S. & Larson, C.C. (2010). Are traumatic events necessary to elicit symptoms of posttraumatic stress? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 2(2), 71–76. doi: 10.1037/a0018954
- Rodríguez Franco, L., López, J. y Rodríguez Díaz, F.J. (2010). Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema*, 21(2), 248–254.

- Rosen, K.H. & Bezold, A. (1996). Dating violence prevention: a didactic support for young women. *Journal of Counselling and Development*, 74(5), 521-526.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent selfimage*. New Jersey: Princeton.
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C., Marsteller, F. (2005). Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607-616.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J.M., Ayuso-Martín, P. y Montero-Piñar, M.I. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja: un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 202-208. doi: 10.1157/13088851
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M.I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E., Martín-Baena, D. y G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 128-135. doi: 10.1016/j.gaceta.2009.10.014
- Sanmartín, J. (2007). ¿Qué es la violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Daimon: Revista de Filosofía*, 42, 9-22.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. y Echeburúa, E. (2012). Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Terapia Psicológica*, 30(3), 7-18.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19(3), 459-466.
- Saul, A.L., Grant, K.E. & Carter, J.S. (2008). Post-traumatic reactions in adolescents: How well do the DSM-IV PTSD criteria fit the real life experience of trauma exposed youth?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(6), 915-925. doi: 10.1007/s10802-008-9222-z
- Scher, C.D., McCreary, D.R., Asmundson, G.J. & Resick, P.A. (2008). The structure of post-traumatic stress disorder symptoms in three female trauma samples: a comparison of interview and self-report measures. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1137-1145. doi:10.1016/j.janxdis.2007.11.012
- Schinka, J.A., Brown, L.M., Borenstein, A.R. & Mortimer, J.A. (2007). Confirmatory factor analysis of the PTSD Checklist in the elderly. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 281-289. doi:10.1002/jts.20202
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J. & Rosenberg, S.D. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150, 479-483.
- Schnurr, P.P. & Vielhauer, M. (1999). Personality as a risk factor in the development of PTSD. En R. Yehuda (Ed.), *Risk factors for PTSD* (pp. 191-222). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Schnurr, P.P., Ford, J.D., Friedman, M.J., Green, B.L., Dain, B.J., & Sengupta, A. (2000). Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in World War II veterans exposed to mustard gas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 258-268.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Engel, C.C., Foa, E.B., Shea, M.T., Chow, B.K., et al. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 297*(8), 820-830. doi:10.1001/jama.297.8.820
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Foy, D.W., Shea, T., Hsieh, F., Lavori, P., Glynn, S., Watenberg, M. & Bernardy, N. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder-Results from a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Archives of General Psychiatry, 60*(5), 481-489.
- Schnurr, P.P., Lunney, C.A. & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 17*(2), 85-95. doi: 0894-9867/04/0400-0085/1
- Schumacher, J.A., Slep, A.M. S. & Heyman, R.E. (2001). Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior, 6*(2-3), 281-352.
- Scott, S.T. (2007). Multiple traumatic experiences and the development of posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence, 22*(7), 932-938. doi: 10.1177/0886260507301226
- Seidler, G.H., & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and traumafocused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine, 36*(11), 1515-1522.
- Seligman, M.E. (1975). *Helplessness: Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman.
- Shah, R., Shah, A. & Links, P. (2012). Post-traumatic stress disorder and depression comorbidity: Severy across population. *Neuropsychiatry, 2*(6), 521-529. Recuperado el 15 de abril de 2013 de: www.futuremedicine.com
- Shavlev, A.Y. (2000). Posttraumatic stress disorders: Diagnosis, history and life course. En D. Nutt, J. Davidson & J. Zohar (Eds.), *Post-traumatic Stress Disorder: Diagnosis, management and treatment* (pp. 1-15). London: Martin Dunitz.
- Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., Brabdes, D., Sahar, T., Orr, S.P., et al. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry, 155*(5), 630-637.
- Shelby, R.A., Golden-Kreutz, D.M. & Andersen, B.L. (2005). Mismatch of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms and DSM-IV symptom clusters in a cancer sample: exploratory factor analysis of the PTSD checklist-civilian version. *Journal of Traumatic Stress, 18*(4), 347-357. doi:10.1002/jts.20033

- Shevlin, M., McBride, O., Armour, C. & Adamson, G. (2009). Reconciling the differences between the King et al. (1998) and Simms et al. (2002) factor models of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 995–1001. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.001
- Sidanius, J. & Pratto, F. (1999). *Social dominance. An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. New York: Cambridge University Press.
- Simeon, D., Greenberg, J., Nelson, D., Schmeidler, J. & Hollander, E. (2005). Dissociation and posttraumatic stress 1 year after the World Trade Center disaster: Follow-up of a longitudinal survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(2), 231–237.
- Simms, L.J., Watson, D., & Doebbeling, B.N. (2002). Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 637–647. doi:10.1037/0021-843X.111.4.637
- Sistema Nacional de Salud (2010). *Guía Práctica Clínica: Actuación en Salud Mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Recuperado el 17 de octubre de 2013 de: www.guiasalud.es
- Sledjeski, E.M., Speisman, B. & Dierker, L.C. (2008). Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *Journal of Behavioral Medicine*, 31(4), 341-349. doi: 10.1007/s10865-008-9158-3
- Sloan, D.M., Feinstein, B.A., Gallagher, M.W., Beck, J.G. & Keane, T.M. (2013). Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A 836 meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(2), 176-183. Recuperado el 17 de octubre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1037/a0026291>
- Sloan, D.S., Marx, B.P., Bovin, M.J., Feinstein, B.A. & Gallagher, M.W. (2012). Written exposure as an intervention for PTSD: A randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research Therapy*, 50(10), 627-635. doi:10.1016/j.brat.2012.07.001
- Solomon, S. & Davidson, J. (1997). Trauma: Prevalence, impairment, service use and cost. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl. 9), 5-11.
- Sorenson, S., Upchurch, D. & Shen, H. (1996). Violence and injury in marital arguments: Risk patterns and gender differences. *American Journal of Public Health*, 86, 35-40.
- Sosa, C.D. y Capafóns, J. (2005). *Estrés Postraumático*. Madrid: Síntesis.
- South, S.C., Turkheimer, E. & Oltmanns, T.F. (2008). Personality disorder symptoms and marital functioning. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 76(5), 769-780. doi: 10.1037/a0013346

- Southwick, S.M., Yehuda, R. & Giller, E.L.Jr. (1991). Characterization of depression in war-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148(2), 179–183.
- Spence, J., Titov, N., Dear, B.F., Johnston, L., Solley, K., Lorian, C., et al. (2011). Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 28(7), 541-550. doi: 10.1002/da.20835
- Spitzer, R.L., First, M.B. & Wakefield, J.C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 233-241. Recuperado el 18 de agosto de 2013 de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618506001381>
- Stampfel, C.C., Chapman, D.A. & Alvarez, A.E. (2010). Intimate partner violence and posttraumatic stress disorder among high-risk women: does pregnancy matter? *Violence Against Women*, 16(4), 426–443. Recuperado el 6 de mayo de 2012 de: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801210364047>
- Stein, M.B. & Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66(2–3), 133–138.
- Stith, S.M., Green, N.M., Smith, D.B. & Ward, D.B. (2008). Marital satisfaction and marital discord as risk markers for intimate partner violence: A meta-analytic review. *Journal of Family Violence*, 23, 149-160. doi: 10.1007/s10896-007-9137-4
- Stith, S.M., Smith, D.B., Penn, C.E., Ward, D.B & Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 65-98. doi: 10.1016/j.avb.2003.09.001
- Stover, C. S., Meadows, A. L. & Kaufman, J. (2009). Interventions for intimate partner violence: Review and implications for evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 223-233. Recuperado el 18 de agosto de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1037/a0012718>
- Straus, M.A. & Gelles, R.J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick: Transaction.
- Straus, M.A. (2004). Cross-cultural reliability and validity of the Revised Conflict Tactics Scales: A study of university student dating couples in 17 nations. *The Journal of Comparative Social Science*, 38(4), 407-432.
- Street, A.E. & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims*, 16(1), 65–78.
- Stuart, G.L. & Holtzworth-Munroe, A. (2005). Testing a theoretical model of the relationship between impulsivity, mediating variables and husband violence. *Journal of Family Violence*, 20, 291-303. doi: 10.1007/s10896-005-6605-6

- Sullivan, C.C. & Bybee, D.I. (1999). Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 43-53.
- Sullivan, C.M., Bybee, D.I. & Allen, N.E. (2002). Findings from a community-based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(9), 915-936.
- Swart, L.A., Garth, M.S. y Ricardo, I. (2002). Violence in adolescents' romantic relationships: findings from a survey amongst school-going youth in a South African community. *Journal of Adolescence, 25*(4), 385-395.
- Swift, J.K., & Greenberg, R.P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547-559. doi:10.1037/a0028226
- Taft, C.T., O'Farrell, T.J., Torres, S.E., Panuzio, J., Monson, C.M., Murphy, M., & Murphy, C.M. (2006). Examining the correlates of psychological aggression among a community sample of couples. *Journal of Family Psychology, 20*, 581-8. Recuperado el 6 de agosto de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.20.4.581>
- Taft, C.T., Resick, P.A., Watkins, L.E. & Panuzio, J. (2009). An investigation of posttraumatic stress disorder and depressive symptomatology among female victims of interpersonal trauma. *Journal of Family Violence, 24*(6), 407-415. doi: 10.1007/s10896-009-9243-6
- Taillieu, T.L. & Brownridge, D.A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior, 15*(1), 14-35. Recuperado el 10 de marzo de 2012 de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2009.07.013>
- Tarrier, N. & Gregg, L. (2004). Suicide risk in civilian PTSD patients. Predictors of suicide ideation, planning and attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*(8), 655-661.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., et al. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 13-18.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J.S. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 330-338.
- The ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(Suppl.420), 21-27.
- Thomas, E., Saumier, D. y Brunet, A. (2012). Peritraumatic distress and the course of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A meta-analysis. *Canadian Journal of*

- Psychiatry*, 57(2), 122-129. Recuperado el 20 de abril de 2013 de: www.LeRCP.ca
- Tiwari, A., Chan, K.L., Fong, D., Leung, W.C., Brownridge, D.A., Lam, H., et al. (2008). The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *BJOG*, 115(3), 377-384.
- Tjaden, P. & Thoennes, N. (2000). *Extent, nature and consequences of intimate partner violence: Findings from the National Violence Against Women survey*. (NCJ Publication No. 181867). Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Tolin, D.F. & Breslau, N. (2007). Sex differences in risks of PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 18, 1-7. Recuperado el 18 de agosto de 2013 de: <http://www.ptsd.va.gov/professional/newsletters/ptsd-rq.asp>
- Tolin, D.F. & Foa, E.B (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959
- Torres, P. y Espada, F.J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Aguilar.
- Tramayne, S. (2012). Intimate partner violence as a risk factor for PTSD in female survivors of domestic violence: A meta-analysis. *Dissertations*. Paper 316. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: http://ecommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1315&context=luc_diss
- Turinetto, A.Q. y Vicente, P.C. (2008). *Hombres maltratadores: Tratamiento psicológico de agresores*. Madrid: Grupo 5 Acción y Gestión Social.
- Tweed, R.G. & Dutton, D.G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13(3), 217-230.
- Un Women. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. (2011) *Ending violence against women and girls: UNIFEM Strategy and Information Kit*. Recuperado el 15 de octubre de 2011 de: http://www.unifem.org/attachments/products/EVAWkit_03_UNIFEMstrategy_en.pdf
- United Nations (2013). The elimination and prevention of all forms of violence against women and girls: agreed conclusions. En *Commission on the Status of Women*, Fifty-seventh session, 4-15 March 2013. New York. Recuperado el 1 de abril de 2013 de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/57sess.htm>
- Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Epstein, R.S., Crowley, B., Kao, T.C., Vance, K., Craig, K.J., Dougall, A.L. & Baum, A. (1999). Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 589-595.
- Ursano, R.J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., et al. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

- Van der Kolk, B.A. (2005). Child abuse & victimization. *Psychiatric Annals*, 35(3), 374-378.
- Van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J.D., Lieberman, A.F., Putnam, F.W., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B.C. y Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Disponible en: http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf
- Van der Kolk, B.A., Spinazzola, J., Blaustein, M.E., Hopper, J.W., Hopper, E.K., Korn, D.L., et al. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37-46.
- Van Emmerik, A.A., Kamphuis, J.H. & Emmelkamp, P.M. (2008). Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(2), 93-100. doi: 10.1159/000112886
- Van Etten, M.L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Varela, N. (2002). *Íbamos a ser reinas*. Barcelona: Ediciones B.S.A.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S (USA) y del 11M (Madrid): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 9-25.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8(3), 403-422.
- Vescio, T.K., Schlenker, K.A. & Lenes, J.G. (2010). Power and sexism. En A., Guinote, & T.K. Vescio (Eds.), *The social psychology of power* (pp. 363-380). New York: Guilford Press.
- Walsh, Z., O'Connor, B.P., Shea, M.T., Swogger, M.T., Schonbrun, Y.C. & Stuart, G.L. (2010). Subtypes of Partner Violence Perpetrators among Male and Female Psychiatric Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 563-574. doi: 10.1037/a0019858
- Vung, N.D., Ostergren, P. & Krantz, G. (2009). Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. *European Journal of Public Health*, 19(2), 178-182. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckn136>
- Walker, L.E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper Perennial.
- Walker, L.E. (1989). Psychology and Violence against women. *American Psychologist*, 44(4), 695-702.

- Walker, L.E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54(1), 21-29.
- Walker, L.E. (2004). El perfil de la mujer víctima de violencia. En J. Sanmartín (Coord.). *El laberinto de la violencia: Causas, tipos y efectos* (pp. 205-218). Barcelona: Editorial Ariel.
- Walker, L.E. (2009). *The Battered Women Syndrome* (3rd. Ed). New York, NY. US: Springer publishing Company.
- Walker, L.E., Antonopoulus, C., Atiya, S., Duros, R., Lyda, A., Jean-Jaques, B., et al. (2009a). Cross-cultural and Cross-National issues in Domestic Violence. En L. Walker (Ed.), *The Battered Women Syndrome* (3rd. Ed) (pp. 275-310). New York, US: Springer publishing Company.
- Walker, L.E., Carrio, C., Gill, K., Stedding, G., et al. (2009b). Survivor Therapy Empowerment Program (STEP). En L. Walker (Ed.), *The Battered Women Syndrome* (3rd. Ed) (pp. 389-437) New York, US: Springer publishing Company.
- Waltz, J., Babcock, J. C., Jacobson, N.S. & Gottman, J.M. (2000). Testing a typology of batterers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 658-669. doi:10.1037/0022-006X.68.4.65
- Warshaw, C., Sullivan, C.M. & Rivera, E.A. (2013). *A Systematic Review of Trauma-Focused Interventions for Domestic Violence Survivors*. US: National Center on Domestic Violence, Trauma, & Mental Health. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: http://www.nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2013/03/NCDVTMH_EBPLitReview2013.pdf
- Wathen, C.N. & MacMillan, H.L. (2003). Interventions for violence against women. *Journal of the American Medical Association*, 289(3), 589-600.
- Woodin, E.M., & O'Leary, K.D. (2009). *Psychological and Physical aggression in couples. Causes and interventions (Afterword)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Woods, A.B., Page, G.G., O'Campo, P., Pugh, L.C., Ford, D., & Campbell, J.C. (2005). The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship of intimate partner violence and IFN-gamma levels. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 159-175. Recuperado el 6 de abril de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1007/s10464-005-6240-7>
- Woods, S.F., Hall, R.J., Campbell, J.C., Angott, D.M. (2008). Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 53(6), 538-546.
- Woods, S.J. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and post-abused women. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(3), 309-324.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO.

- World Health Organization (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- World Health Organization (2013b). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: WHO.
- Yanes, J. M. y González, R. (2000). Correlatos cognitivos asociados a la experiencia de violencia interparental. *Psicothema*, 12(1), 41-48.
- Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl.1), 29–36.
- Yela, C. (2000). *El amor desde la psicología social. Ni tan libres ni tan racionales*. Madrid: Pirámide.
- Yufik, T. & Simms, L.J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 764–776. doi:10.1037/a0020981
- Zayfert, C. y Black, C. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. México: Manual Moderno.
- Zimmerman, M. (1994). *Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorders and Mental Status Examination*. Psych Products Press.
- Zlotnick, C., Capezza, N. & Parker, D. (2011). An internationally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: A pilot study. *Archives of Womens Mental Health*, 14, 55–65. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-010-0195-x>
- Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A. & Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 245–263. doi: 10.1002/jclp.20441
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades Violentas* (pp. 129-152). Madrid: Pirámide.

ANEXOS

ANEXO I: MATERIAL EMPLEADO PARA LA EVALUACIÓN

Ficha DE ANTECEDENTES PERSONALES (RINCÓN, 2001)

Nombres: _____	Fecha de Entrevista: _____
Apellidos: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Estado Civil: _____ Hijos: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Cuantos: _____ Edad: _____
Nivel Educacional: _____	Profesión: _____
Ocupación: _____	
Horario Disponible: _____	
Clase Social Subjetiva: <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Media Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Media Alta <input type="checkbox"/> Alta	
Teléfonos: Casa: _____ Móvil: _____	Trabajo: _____
Con Quién Vive: _____	
Con el Agresor: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Depende Económicamente de Él: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Domicilio: _____	Código Postal: _____

Resumen Evaluación:

DIMENSIÓN EVALUADA	RESULTADOS
Trastorno de Estrés Postraumático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Puntaje Total: _____ Reexperimentación: _____ Evitación: _____ Aumento Activación: _____
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Puntaje: _____ Diagnóstico: _____
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Puntaje: _____ Diagnóstico: _____
Otro Trastorno de Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diagnóstico: _____
Abuso y Dependencia de Sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diagnóstico: _____
Autoestima	Puntaje: _____
Inadaptación	Trabajo-Estudios: _____ Vida Social: _____ Tiempo Libre: _____ Relación Pareja: _____ Vida Familiar: _____ Escala Global: _____
Cogniciones Postraumáticas	Sí Mismo: _____ El Mundo: _____ Autopunición: _____ Escala Global: _____

PAUTA DE ENTREVISTA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA (RINCÓN, 2001)

Instrucciones: *A continuación voy a hacerle unas preguntas en relación al problema de violencia o maltrato que ha vivido. Sé que es difícil hablar de ello, pero necesito saber algunas cosas para poder prestarle una ayuda adecuada.*

1. ¿Cómo describiría usted el maltrato al que se ha visto sometida?
2. Explíqueme de la manera más clara posible lo que le pasa o siente al respecto (Énfasis en la atribución de responsabilidad).
3. ¿Podría describir detalladamente la última vez que esto sucedió?
4. ¿Cuándo y cómo sucedió por primera vez?
5. ¿Cuál ha sido el incidente más grave?
6. ☞ ***Sí la paciente vive con el agresor, preguntar:*** ¿Con qué frecuencia se da el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año? ¿Y en el último mes?
☞ ***Sí la paciente ya no vive con el agresor, preguntar:*** ¿Durante el tiempo en que usted vivía con su pareja, con qué frecuencia se daba el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año que vivieron juntos? ¿Y en el último mes de convivencia?
7. ¿El maltrato ha afectado a sus hijos? ¿De qué manera? (Le ha maltratado en su presencia, ha amenazado con maltratarlos a ellos o lo ha hecho).
8. ¿De qué manera le ha afectado este problema en su vida?
9. ¿En qué momento o situación el problema ha sido más intenso o le ha afectado más?
10. ¿En qué momento o situación el problema ha tenido menos intensidad o le ha afectado menos?
11. ¿Cómo sitúa su estado actual, en relación a los dos momentos anteriores?
12. ¿Qué ha hecho usted para solucionar este problema?
13. ¿Qué resultados ha obtenido con esto?
14. A. ¿Ha denunciado el maltrato?

Sí: ☞ **14B.**

No: ☞ **15.**

B. ¿Cuántas veces?

- C. ¿Cómo ha reaccionado él?
D. ¿Ha retirado alguna denuncia? ¿Cuántas veces? ¿Por qué motivos?
E. ¿Tiene denuncias en curso en este momento?
15. A. ¿Ha tenido que abandonar su hogar debido al maltrato?
- Sí: ☞ **15B.**
No: ☞ **16.**
- B. ¿Cuántas veces y por cuánto tiempo?
C. ¿Dónde se ha quedado en esas ocasiones?
D. ¿Cómo ha reaccionado él?
16. A. ¿Ha recibido asistencia médica por lesiones provocadas por el maltrato sufrido?
- Sí: ☞ **16B.**
No: ☞ **17.**
- B. ¿Cuántas veces? ¿Qué tipo de asistencia?
17. ¿Le ha contado este problema a alguien? ¿A quién?
18. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo legal o social por este problema? Especifique.
19. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento debido a este problema? ¿Cuándo y por qué lo abandonó?
(Registrar si está tomando medicamentos)
20. A. ¿Ha tenido algún trastorno psicológico alguna vez?
- Sí: ☞ **20B.**
No: ☞ **21.**
- B. ¿Cuándo? ¿De qué tipo?
- C. ¿Ha recibido tratamiento psicológico para ello? ¿De qué tipo?
21. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de maltrato?
22. ¿Ha habido en su familia de origen experiencias de maltrato?
23. ¿Tiene problemas de salud importantes?
24. ¿Bebe o ha bebido en el pasado?
- Sí: ☞ **CAGE.**
No: ☞ **25.**
25. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas?
26. ¿Ha tenido algún intento o pensamiento persistente de suicidio?
27. ¿Qué esperaría conseguir al finalizar un tratamiento psicológico si lo llevara a cabo?

CUESTIONARIO DE ALCOHOLISMO CAGE

1. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica por su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

Retomar entrevista estructurada, pregunta 25.

Escala DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEI TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (ECHEBURÚA ET AL., 1997)

SUCESO TRAUMÁTICO (Definir tipo de maltrato a que está o estuvo sometida): _____
 ¿Cuánto tiempo hace que ocurrió el primer incidente (meses/años)? : _____
 ¿Desde cuándo experimenta el malestar?: _____

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

- 0: NADA
 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS / POCO
 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA / BASTANTE
 3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA / MUCHO

REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? _____
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? _____
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? _____
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN (Rango 0-15) _____

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? _____
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? _____
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? _____
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? _____
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? _____
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (p. ej. incapaz de enamorarse)? _____
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (p. ej. realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? _____

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE EVITACIÓN (Rango 0-21) _____

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? _____
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? _____
3. ¿Tiene dificultades de concentración? _____
4. ¿Está usted excesivamente alerta (p. ej. se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? _____
5. ¿Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el suceso? _____

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN (Rango 0-15) _____

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD (Rango 0-51) _____

Trastorno de estrés postraumático: Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

Sí ☐ (Agudo (1-3 meses) ☐ Crónico (> 3 meses) ☐ Con inicio demorado ☐ No ☐

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	Punto de Corte	Puntuación Obtenida
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Reexperimentación (Rango 0-15)	5	
Evitación (Rango 0-21)	6	
Aumento de la activación (Rango 0-15)	4	

ENTREVISTA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD¹

TRASTORNO DE ANGUSTIA

Inclusión: A

Exclusión: B, C

⇒ Nota diagnóstica: El Trastorno de Angustia puede ser diagnosticado con o sin agorafobia. Para las preguntas de agorafobia, ver la sección siguiente.

(A) Crisis de angustia inesperadas recidivantes, en que al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas: 1) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, 2) preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto al miocardio, "volverse loco", o 3) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

1. A. Una crisis de angustia o ansiedad es un arrebato repentino de miedo, ansiedad o malestar muy intensos, que surge repentinamente sin razón alguna. ¿Ha experimentado esto alguna vez?

Sí: ☞ **1B.**

No: ☞ **3.**

B. ¿Me lo podría describir?

☞ **2.**

¿Cuántas crisis ha experimentado?

¿Alguna vez se ha despertado a causa de ellas? ¿Alguna situación provoca estas crisis?

Sí: ☞ **1C.**

No: ☞ **1D.**

C. ¿Le ha ocurrido esto sólo en esas situaciones o también ha tenido estas crisis debido a desánimo o en situaciones en que no se lo esperaba?

D. ¿Le ha preocupado el que las crisis se repitan en el futuro?

Sí: ☞ **1E.**

No: ☞ **1F.**

E. Cuando se ha sentido preocupada porque las crisis se repitan ¿Cuánto tiempo pasa hasta que usted deja de preocuparse por la ocurrencia de una nueva crisis?

F. ¿Qué preocupaciones ha tenido en relación a estas crisis? (¿Le ha preocupado que pueda tener un ataque al corazón? ¿O que pueda volverse loca o perder el control?...)

Sí: ☞ **1G.**

No: ☞ **1H.**

G. ¿Durante cuánto tiempo le han preocupado estas consecuencias?

H. ¿Ha habido algún cambio en su comportamiento o en sus rutinas diarias desde que comenzaron estas crisis?

CRISIS DE ANGUSTIA: Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de 4 (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

2. A. Piense en la última crisis que ha tenido. ¿Cuándo sucedió? ¿Dónde estaba usted en ese momento? Le voy a preguntar acerca de algunos síntomas que puede haber experimentado durante la crisis:

- a. ¿Sentía que su corazón latía fuerte o rápidamente?
- b. ¿Sudaba?
- c. ¿Temblaba o se estremecía?
- d. ¿Tenía problemas para respirar o tenía sensación de ahogo?
- e. ¿Tenía la sensación de que se iba a atragantar?
- f. ¿Tenía dolor, presión o malestar en el pecho?
- g. ¿Tenía náuseas, dolor en el estómago o le parecía que podía tener diarrea?
- h. ¿Se sentía mareada, débil o le parecía que se podía desmayar?
- i. ¿Tenía la sensación de que las cosas a su alrededor no eran reales, como si estuviera en un sueño, la sensación de que algunas partes de su cuerpo no eran reales o no le pertenecían, o la sensación de que usted estaba fuera de sí misma, como mirándose desde fuera?
- j. ¿Tenía miedo de volverse loca o perder el control?
- k. ¿Tenía miedo de morir?
- l. ¿Tenía sensación de hormigueo o adormecimiento en los dedos de las manos o pies?

¹ Fuente: Zimmerman, M. D. (1994). *Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorders and the Mental Status Examination*. Philadelphia: Psych Press Products. (Traducción de Paulina Paz Rincón González).

m. ¿Tenía sofocos o escalofríos?

B. Durante la crisis ¿Cuánto tiempo suele pasar entre que se inicia y usted tiene la mayoría de estos síntomas? **Si la respuesta no es clara o parece apuntar a más de 10 minutos preguntar:**

C. ¿Alguna vez los síntomas han comenzado rápidamente, dentro de los primeros 10 minutos en que empieza la crisis? **Regresar página anterior, ¶ 1B.**

(B) Excluir el diagnóstico si los síntomas se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

(C) Excluir el diagnóstico si la crisis de angustia se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático o trastorno por ansiedad de separación.

AGORAFOBIA

Inclusión: A, B

Exclusión: C

⇒ Nota diagnóstica: La Agorafobia puede ser diagnosticada con o sin historia de trastorno de angustia. Las preguntas de trastorno de angustia están en la sección anterior.

(A) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares/situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente; o viajar en autobús, tren o automóvil.

NOTA: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

3. A. Algunas personas tienen miedos muy intensos al estar en ciertos lugares o situaciones. ¿Se siente usted atemorizada, ansiosa o nerviosa ante alguna de las siguientes situaciones?

- Estar sola fuera de casa.
- Estar en lugares muy concurridos o llenos de gente, como los cines, supermercados, centros comerciales, iglesias, restaurantes, etc.
- Esperar haciendo cola.
- Atravesar un puente o un túnel.
- Viajar en autobús, tren o avión.
- Conducir o montar en coche.
- Estar sola en casa.
- Estar en grandes espacios abiertos, como por ejemplo, un parque.
- Estar en lugares cerrados, como por ejemplo, un cuarto pequeño o un ascensor.

Sí a cualquiera: ¶ **3B.**

No a todas: ¶ **5.**

B. Sé que puede ser difícil de describir, pero ¿Qué es exactamente lo que le preocupa en relación a la (FOBIA)? ¿Qué cree que puede sucederle? ¿Qué es lo que le atemoriza de eso?

(B) Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

4. A. ¿En qué grado usted evita la (FOBIA)? **Si no hay evitación preguntar:**

B. Entonces, ¿Qué hace? ¿Cómo afronta esa situación?

¿Necesita que haya alguien con usted en esa situación para afrontarla?

¿El problema (FOBIA) se da sólo cuando usted está con alguien?

¿El problema (FOBIA) se da cuando usted está sola?

Sí: ¶ **4C.** No: ¶ **5.**

C. ¿Hasta qué punto llega a ponerse nerviosa o ansiosa? ¿Qué es lo que le produce ansiedad?

(C) Excluir el diagnóstico si la ansiedad o comportamiento de evitación puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación.

FOBIA SOCIAL

Inclusión: A, E / Exclusión: F, G

(A) Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve

expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

5. A. Algunas personas sienten un miedo muy intenso al estar en situaciones en que son observadas o evaluadas por otros. ¿Se siente usted preocupada porque pueda hacer o decir algo embarazoso frente a otras personas, o que las otras personas puedan pensar mal de usted?

B. Déjeme preguntarle sobre algunas situaciones específicas. ¿Alguna de las siguientes situaciones la hacen sentirse más atemorizada, ansiosa o nerviosa que la mayoría de la gente?

- a. Comer frente a otros.
- b. Escribir frente a otros.
- c. Hablar en público.
- d. Decir algo cuando se encuentra en un grupo de gente.
- e. Hacer una pregunta cuando se encuentra en un grupo de gente.
- f. Orinar en servicios públicos.
- g. Asistir a reuniones de negocios.
- h. Asistir a fiestas.

Sí a cualquiera:

☞ **5C.**

No a todas:

☞ **10.**

C. ¿Cree usted que es mucho más ansiosa que otras personas?

D. Sé que es difícil de describir, pero ¿Qué es lo que le preocupa acerca de (FOBIA)? (p. ej., atorarse mientras come, que le tiemblen las manos al escribir, ser incapaz de orinar, no ser capaz de completar una lectura, discurso o presentación).

(B) La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

6. A. En el momento en que usted se enfrenta a la (FOBIA) ¿Inmediatamente se siente ansiosa o nerviosa?

Sí:

☞ **6B.**

No o hay evitación del estímulo fóbico: ☞ **6C.**

B. ¿Qué le ocurre? ¿A qué se parece? ¿Tiene una crisis de angustia?

C. ¿Y cómo era en el pasado, qué le ocurría antes?

(C) El individuo reconoce que este temor es excesivo e irracional.

7. A. ¿Cree usted que la (FOBIA) le preocupa o atemoriza más que lo que debiera?

Sí: ☞ **8.**

No: ☞ **7B.**

B. ¿Realmente no cree que se preocupa mucho por la (FOBIA)?

Sí: ☞ **7C.**

No: ☞ **8.**

C. Entonces, ¿Por qué cree usted que otras personas no están tan preocupadas por (FOBIA)?

(D) Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

8. A. ¿En qué grado usted evita la (FOBIA)? **Si no hay evitación preguntar:**

B. ¿Hasta qué punto se pone ansiosa? ¿Tiene una crisis de angustia?

(E) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

9. A. ¿Qué problemas le ha causado en su vida el miedo o la evitación a (FOBIA)?

B. ¿Le ha causado problemas laborales (o académicos) como ser despedida (suspender) o tener dificultades para ascender?

C. ¿Ha tenido problemas de pareja como consecuencia de lo que le ocurre?

D. ¿Ha interferido en sus relaciones de amistad?

E. ¿Le ha afectado en sus actividades de ocio?

F. ¿Hasta qué punto le resulta molesto tener este miedo a (FOBIA)?

(F) Excluir el diagnóstico si el miedo o el comportamiento de evitación se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico

corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

(G) Excluir el diagnóstico si el miedo se relaciona con otro trastorno mental o físico (p. ej., miedo a crisis de angustia, a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

FOBIA ESPECÍFICA (FOBIA SIMPLE)

Inclusión: A, E / Exclusión: F

(A) Temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

10. A. Algunas personas sienten un miedo muy intenso a ciertos objetos o situaciones. ¿Alguno de los siguientes objetos o situaciones le provocan un gran temor o la hacen sentir muy nerviosa?

- a. Alturas.
- b. Estar cerca de mascotas como perros o gatos.
- c. Arañas, insectos, serpientes, ratones o murciélagos.
- d. Volar.
- e. Ver sangre.
- f. Estar en el agua (p. ej., piscinas, lagos).
- g. Tormentas.
- h. Recibir una inyección.

Sí a cualquiera:

☞ **10B.**

No a todas:

☞ **15.**

B. ¿Cree usted que es más ansiosa que otras personas?

(B) La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

11. A. En el momento en que usted se enfrenta a la (FOBIA) ¿Inmediatamente se siente ansiosa o nerviosa?

Sí:

☞ **11B.**

No o hay evitación del estímulo fóbico:

☞ **11C.**

B. ¿Qué ocurre? ¿A qué se parece? ¿Tiene una crisis de angustia?

C. ¿Y qué ocurría en el pasado, qué pasaba antes?

(C) El individuo reconoce que este miedo es excesivo e irracional.

12. A. ¿Cree usted que la (FOBIA) le preocupa o atemoriza más que lo que debiera?

Sí:

☞ **13.**

No:

☞ **12B.**

B. ¿Realmente no cree que se preocupa mucho por la (FOBIA)?

Sí:

☞ **12C.**

No:

☞ **13.**

C. Entonces, ¿Por qué cree usted que otras personas no están tan preocupadas por (FOBIA)?

(D) La(s) situación(es) fóbica(s) se evita(n) o se soporta(n) a costa de una intensa ansiedad o malestar.

13. A. ¿En qué grado usted evita la (FOBIA)? **Si no hay evitación preguntar:**

B. ¿Hasta qué punto llega a estar ansiosa? ¿Cuánto malestar le ocasiona la (FOBIA)?

(E) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

14. A. ¿Qué problemas le ha causado en su vida el miedo o la evitación a (FOBIA)? ¿Ha interferido con su vida cotidiana?

B. ¿Le ha causado problemas laborales (o académicos)?

C. ¿Ha tenido problemas de pareja como consecuencia de lo que le ocurre?

D. ¿Ha interferido en sus relaciones de amistad?

E. ¿Le ha afectado en sus actividades de ocio (p. ej., salidas o vacaciones)?

F. ¿Hasta qué punto le resulta molesto tener este miedo a (FOBIA)?

(F) Excluir el diagnóstico si la ansiedad, las crisis de angustia, o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo

compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno de estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Inclusión: A, B, al menos 3 de C, E / Exclusión: D, F

(A) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

15. A. En general, ¿Es usted una persona nerviosa? ¿Es aprensiva?

Sí: ☞ **15B.**

No: ☞ **19.**

B. ¿Qué le preocupa?

¿Le dice la gente que se preocupa demasiado por ese motivo?

¿Piensa usted lo mismo? ¿Cree que su ansiedad es poco realista o excesiva?

¿Le preocupa que vayan a sucederle cosas negativas o malas?

¿Le preocupa que le puedan suceder cosas negativas a personas cercanas a usted?

¿Con qué frecuencia le preocupan esas cosas? (¿La mayoría de los días?).

¿Desde hace cuanto tiempo le sucede esto? (Al menos 6 meses).

(B) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

16. A. ¿Le es difícil controlar estas preocupaciones?

(C) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

17. A. Ahora voy a preguntarle sobre algunos síntomas físicos que frecuentemente acompañan a la ansiedad y al nerviosismo. Durante los pasados 6 meses, cuando se ha sentido tensa o nerviosa, frecuentemente:

a. ¿Se ha sentido inquieta, intranquila, nerviosa, tensa, en el límite o ha tenido dificultad para mantenerse quieta?

b. ¿Se ha sentido cansada muy fácilmente?

c. ¿Ha tenido problemas de concentración o se le queda "la mente en blanco"?

d. ¿Se ha sentido irritable?

e. ¿Ha sentido tensión, dolores o molestias en sus músculos?

f. ¿Ha tenido problemas para quedarse dormida o para dormir?

B. ¿Con qué frecuencia ha tenido estos síntomas físicos? (¿La mayoría de los días?).

(D) Excluir el diagnóstico si el centro de la ansiedad y de la preocupación se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno de estrés postraumático.

(E) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

18. A. ¿Qué efectos ha tenido la ansiedad, la preocupación y (SÍNTOMAS DE C) en su vida?

B. ¿Le ha causado molestias sentirse de ese modo?

C. ¿Ha afectado a su trabajo (estudios)? ¿Su relación de pareja? ¿Sus relaciones de amistad? ¿Su vida social? ¿Sus actividades de ocio?

Sí: ☞ **18D.**

No: ☞ **19.**

D. ¿De qué manera? ¿Interfiere con sus actividades diarias?

(F) Excluir el diagnóstico si los síntomas son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Inclusión: A1-A4 para obsesiones o A1-A2 para compulsiones, B y C para ambas. Exclusión: D, E

OBSESIONES – Se requieren A1-A4

(A1) *Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.*

19. A. Algunas personas frecuentemente sufren malestar por pensamientos intrusivos, absurdos, desagradables u horribles, que parecen ser irracionales o no tener sentido, pero que se repiten una y otra vez. P. ej. pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de herir o matar a alguien querido incluso con la intención de no hacerlo; que alguien querido está herido; que uno dirá obscenidades en público, que uno está contaminado por gérmenes o por suciedad, o que uno va atropellar a alguien mientras conduce. ¿Algo como esto ha sido un problema para usted?

Sí: ☞ **19B.**

No: ☞ **22.**

B. Describa qué es lo que le ocurre.

¿Con qué frecuencia aparece? ¿Cómo se siente cuando tiene esos pensamientos?

¿Hay imágenes repetitivas, frecuentes o intrusivas?

Sí: ☞ **19C.**

No: ☞ **20.**

C. Hábleme acerca de ellas, descríbamelas.

¿Con qué frecuencia aparecen? ¿Cómo se siente cuando le vienen esas imágenes?

(A2) *Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.*

(A3) *La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.*

20. A. ¿Qué hace usted para manejar estos pensamientos o imágenes?

B. ¿Trata de ignorarlos o de librarse de esos pensamientos/imágenes y ponerlos fuera de su mente?

C. ¿Se dice a sí misma cosas o imagina otras imágenes para neutralizar o contrarrestar esos pensamientos/imágenes desagradables?

(A4) *La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción de pensamiento).*

21. A. ¿Esos pensamientos son suyos o usted cree que alguien, o alguna fuerza o poder externo, los ha puesto en su mente? **Si cree que no son propios, preguntar:**

B. Cuénteme cómo ha sucedido eso.

COMPULSIONES – Se requieren A1 y A2

(A1) *Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.*

22. A. Algunas personas frecuentemente sufren malestar porque tienen que hacer algo una y otra vez y no pueden resistirse cuando lo intentan. P. ej. se lavan las manos de manera repetida, chequean si la puerta está cerrada o si el horno está apagado, o cuentan cosas excesivamente. ¿Ha tenido usted dificultades como éstas?

Sí: ☞ **22B.**

No: ☞ **24 o dé por terminada la entrevista si venía de pregunta 19.**

B. ¿Cómo qué? Describa qué es lo que le ocurre.

C. ¿Tiene algún ritual que siempre tenga que hacer en un orden particular, y si ese orden se ve interrumpido usted debe empezar todo de nuevo desde el principio?

Sí: ☞ **22D.**

No: ☞ **23.**

D. ¿Cómo qué?

(A2) *El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención*

de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales, o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

23. A. ¿Si usted no realiza (COMPULSIÓN) se siente muy ansiosa o tensa?

Sí: ☞ **23C.** No: ☞ **23B.**

B. Entonces ¿Por qué lo hace?

C. ¿Qué cree que puede suceder si usted no realiza (COMPULSIÓN)?

Los criterios B-E son los mismos tanto para obsesiones como para compulsiones.

(B) En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas e irracionales.

24. A. ¿Parece la (OBSESIÓN/COMPULSIÓN) irracional o excesiva, pero a pesar de ello usted se siente obligada a realizarla?

Sí: ☞ **25.**

No: ☞ **24B.**

B. ¿Alguna vez ha pensado que la (OBSESIÓN/COMPULSIÓN) era irracional o excesiva?

Sí: ☞ **25.**

No: ☞ **24C.**

C. ¿Otras personas han pensado eso?

Sí: ☞ **24D.**

No: ☞ **25.**

D. ¿Qué le han dicho? ¿Usted cree que ellos estaban equivocados?

(C) Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

25. A. ¿Le ha causado molestias el tener que (OBSESIÓN/COMPULSIÓN)?

B. ¿Qué efectos ha tenido en su vida?

C. ¿Ha afectado a su trabajo (estudios)? ¿Su matrimonio? ¿Sus relaciones de amistad? ¿Su vida social? ¿Sus actividades de ocio?

Sí: ☞ **25D.** No: ☞ **25E.**

D. ¿En qué forma?

E. ¿Le permiten realizar sus rutinas y tareas diarias?

F. ¿Cuánto tiempo al día gasta usted en realizar (OBSESIÓN/COMPULSIÓN)?

(D) Excluir el diagnóstico si, habiendo otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranques de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

(E) Excluir el diagnóstico si los síntomas son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI) (BECK Y STEER, 1961) ²

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.

- | | | | | | |
|----|---|---|----|---|---|
| 1 | 0 | No me siento triste. | 12 | 0 | No he perdido el interés por los demás. |
| | 1 | Me siento triste. | | 1 | Estoy menos interesada en los demás que antes. |
| | 2 | Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. | | 2 | He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. |
| | | Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo | | 3 | He perdido todo interés en los demás. |
| | 3 | soportarlo. | | | |
| 2 | 0 | No me siento especialmente desanimada respecto al futuro. | 13 | 0 | Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. |
| | | Me siento desanimada respecto al futuro. | | 1 | Evito tomar decisiones más que antes. |
| | 1 | Siento que no tengo que esperar nada. | | 2 | Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. |
| | 2 | Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no | | | Ya me es imposible tomar decisiones. |
| | 3 | mejorarán. | | 3 | |
| 3 | 0 | No me siento fracasada. | 14 | 0 | No creo tener peor aspecto que antes. |
| | 1 | Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. | | 1 | Me temo que ahora parezco más vieja o poco atractiva. |
| | | Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. | | 2 | Creo que se han producido cambios permanentes en mi |
| | 2 | Me siento una persona totalmente fracasada. | | | aspecto que me hacen parecer poco atractiva. |
| | 3 | | | 3 | Creo que tengo un aspecto horrible. |
| 4 | 0 | Las cosas me satisfacen tanto como antes. | 15 | 0 | Trabajo igual que antes. |
| | 1 | No disfruto de las cosas tanto como antes. | | 1 | Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. |
| | 2 | Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. | | 2 | Tengo que obligarme mucho para hacer todo. |
| | 3 | Estoy insatisfecha o aburrida de todo. | | 3 | No puedo hacer nada en absoluto. |
| 5 | 0 | No me siento especialmente culpable. | 16 | 0 | Duermo tan bien como siempre. |
| | 1 | Me siento culpable en bastantes ocasiones. | | 1 | No duermo tan bien como antes. |
| | 2 | Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. | | 2 | Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me |
| | 3 | Me siento culpable constantemente. | | | resulta difícil volver a dormir. |
| | | | | 3 | Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo |
| | | | | | volverme a dormir. |
| 6 | 0 | No creo que esté siendo castigada. | 17 | 0 | No me siento más cansada de lo habitual. |
| | 1 | Me siento como si fuese a ser castigada. | | 1 | Me canso más que antes. |
| | 2 | Espero ser castigada. | | 2 | Me canso en cuanto hago cualquier cosa. |
| | 3 | Siento que estoy siendo castigada. | | 3 | Estoy tan cansada que no puedo hacer nada. |
| 7 | 0 | No estoy decepcionada de mí misma. | 18 | 0 | Mi apetito no ha disminuido. |
| | 1 | Estoy decepcionada de mí misma. | | 1 | No tengo tan buen apetito como antes. |
| | 2 | Me da vergüenza de mí misma. | | 2 | Ahora tengo mucho menos apetito. |
| | 3 | Me detesto. | | 3 | He perdido completamente el apetito. |
| 8 | 0 | No me considero peor que cualquier otro. | 19 | 0 | Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. |
| | 1 | Me autocritico por mis debilidades o por mis errores. | | | He perdido más de 2 kilos. |
| | 2 | Continuamente me culpo por mis faltas. | | 1 | He perdido más de 4 kilos. |
| | 3 | Me culpo por todo lo malo que sucede. | | 2 | He perdido más de 7 kilos. |
| | | | | 3 | |
| 9 | 0 | No tengo ningún pensamiento de suicidio. | | | |
| | 1 | A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. | | | |
| | 2 | Desearía suicidarme. | | | |
| | 3 | Me suicidaría si tuviera la oportunidad. | | | |
| 10 | 0 | No lloro más de lo que solía. | 20 | 0 | No estoy más preocupada por mi salud que lo normal. |
| | 1 | Ahora lloro más que antes. | | 1 | Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, |
| | 2 | Lloro continuamente. | | | molestias, malestar de estómago o estreñimiento. |
| | 3 | Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso | | 2 | Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta |
| | | aunque quiera. | | | difícil pensar en algo más. |
| | | | | 3 | Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy |
| | | | | | incapaz de pensar en cualquier otra cosa. |
| 11 | 0 | No estoy más irritada de lo normal en mí. | 21 | 0 | No he observado ningún cambio reciente en mi interés por |
| | 1 | Me molesto o irrito más fácilmente que antes. | | | el sexo. |
| | 2 | Me siento irritada continuamente. | | 1 | Estoy menos interesada en el sexo que antes. |
| | 3 | No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes | | 2 | Estoy mucho menos interesada por el sexo. |
| | | solían irritarme. | | 3 | He perdido totalmente mi interés por el sexo. |

Estoy bajo dieta para adelgazar: SÍ ☐ NO ☐

² Adaptación de Vázquez y Sanz (1997). Modificado por Paulina Paz Rincón para ser utilizado en población femenina

ESCALA DE AUTOESTIMA (ROSENBERG, 1965)

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1 = Muy de acuerdo	3 = En desacuerdo
2 = De acuerdo	4 = Muy en desacuerdo

1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.

1	2	3	4

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

2.- Me inclino a pensar que, en conjunto, soy una fracasada.

1	2	3	4

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

3.- Creo que tengo varias cualidades buenas.

1	2	3	4

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

4.- Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.

1	2	3	4

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

5.- Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.

1	2	3	4

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

6.- Tengo una actitud positiva hacia mí misma.

1	2	3	4

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

7.- En general, estoy satisfecha conmigo misma.

1	2	3	4

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

8.- Desearía valorarme más a mí misma.

1	2	3	4

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

9.- A veces me siento verdaderamente inútil.

1	2	3	4

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

10.- A veces pienso que no sirvo para nada.

1	2	3	4

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

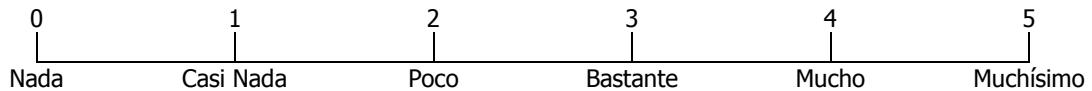
Escala modificada por Paulina Paz Rincón para ser utilizada con población femenina.

ESCALA DE INADAPTACIÓN (ECHEBURÚA, CORRAL Y FERNÁNDEZ-MONTALVO, 2000)

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

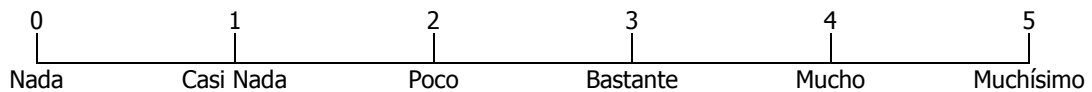
TRABAJO Y/O ESTUDIOS

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:



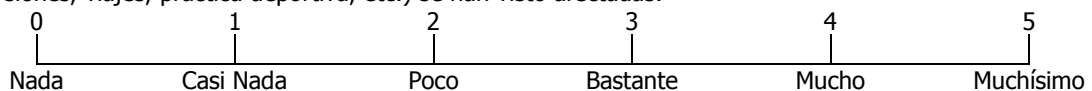
VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:



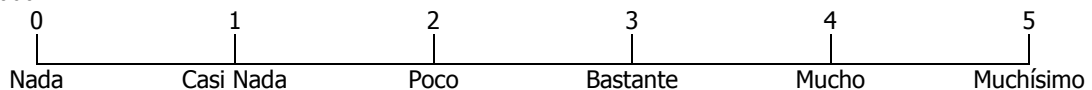
TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:



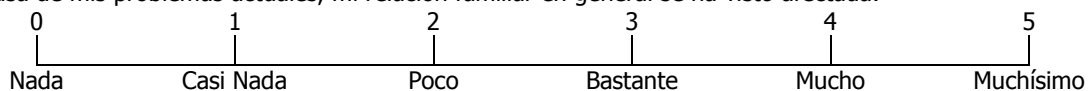
RELACION DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:



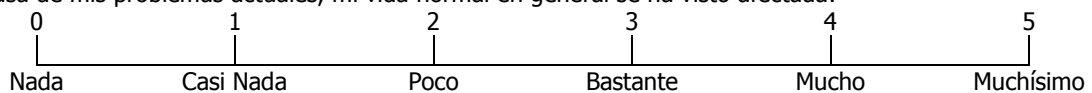
VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:



ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:



INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS (FOA et al. 1999)

A continuación hay un número de frases que pueden o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

1. Estoy Totalmente en Desacuerdo	5. Estoy Levemente de Acuerdo
2. Estoy Muy en Desacuerdo	6. Estoy Muy de Acuerdo
3. Estoy Levemente en Desacuerdo	7. Estoy Totalmente de Acuerdo
4. Me es Indiferente	

Lea atentamente:	Totalmente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Levemente en Desacuerdo	Indiferente	Levemente de Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué.	1	2	3	4	5	6	7
2. No confío en que haré las cosas bien.	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy una persona débil.	1	2	3	4	5	6	7
4. No seré capaz de controlar mi ira y haré algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7
5. No puedo controlar ni siquiera la más mínima molestia o enojo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichada.	1	2	3	4	5	6	7
7. No se puede confiar en las personas.	1	2	3	4	5	6	7
8. Tengo que estar alerta todo el tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento muerta interiormente.	1	2	3	4	5	6	7
10. No puedes saber quién te hará daño.	1	2	3	4	5	6	7
11. Tengo que ser especialmente cuidadosa porque nunca se sabe que puede ocurrir después.	1	2	3	4	5	6	7
12. Soy una persona incompetente.	1	2	3	4	5	6	7
13. No seré capaz de controlar mis emociones y pasará algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7
14. Si pienso en el suceso, no seré capaz de controlarlo.	1	2	3	4	5	6	7
15. El suceso me ocurrió por la clase de persona que soy.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que enloqueciendo.	1	2	3	4	5	6	7
17. Nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales.	1	2	3	4	5	6	7
18. El mundo es un lugar peligroso.	1	2	3	4	5	6	7
19. Otras personas podrían haber detenido el suceso y no les hubiese pasado nada malo.	1	2	3	4	5	6	7
20. Permanentemente he cambiado a peor.	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento como un objeto, no como una persona.	1	2	3	4	5	6	7
22. Otras personas no hubieran caído en esta situación.	1	2	3	4	5	6	7
23. No puedo confiar en otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento apartada y aislada de otros.	1	2	3	4	5	6	7
25. No tengo futuro.	1	2	3	4	5	6	7
26. No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas.	1	2	3	4	5	6	7
27. Las personas no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6	7
28. Mi vida ha sido destruida por el trauma.	1	2	3	4	5	6	7
29. Como persona hay algo equivocado en mí.	1	2	3	4	5	6	7
30. Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy una perdedora.	1	2	3	4	5	6	7
31. Algo en mí hace que las cosas me sucedan.	1	2	3	4	5	6	7
32. No seré capaz de soportar mis pensamientos acerca del suceso, y caeré en el aislamiento.	1	2	3	4	5	6	7
33. Me siento como si no me conociera nada en absoluto.	1	2	3	4	5	6	7
34. Nunca puedes saber cuándo sucederá algo horrible.	1	2	3	4	5	6	7
35. No puedo confiar en mí misma.	1	2	3	4	5	6	7
36. Nunca más puede sucederme nada bueno.	1	2	3	4	5	6	7

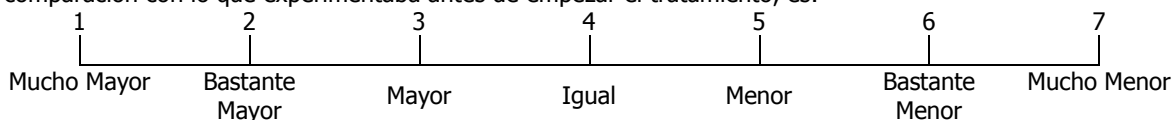
ANEXO II: MATERIAL EMPLEADO EN EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

ESCALA DE CAMBIO PERCIBIDO (Rincón y Labrador, 2000)

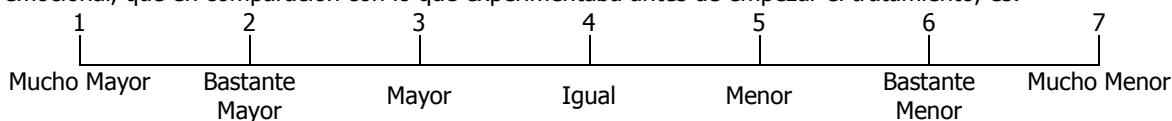
Nombre: _____ Fecha: _____ Sesión: _____

Por favor, rodee con un círculo el número que mejor describa cómo ha estado desde la última sesión de grupo que hemos tenido.

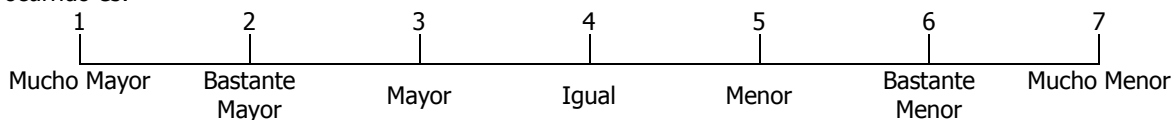
1. A diario, cuando pienso en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:



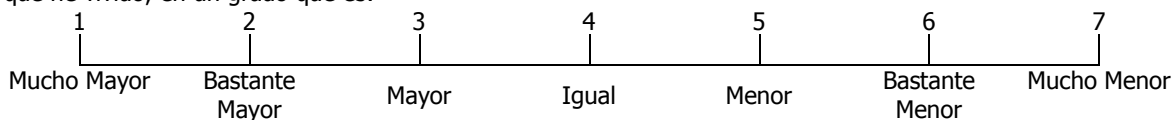
2. En esta sesión, cuando he pensado en lo que ha sucedido, experimento un grado de malestar emocional, que en comparación con lo que experimentaba antes de empezar el tratamiento, es:



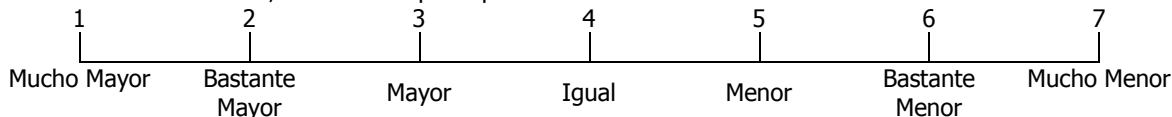
3. Desde la última sesión, la cantidad de pensamientos, sueños o recuerdos desagradables acerca de lo ocurrido es:



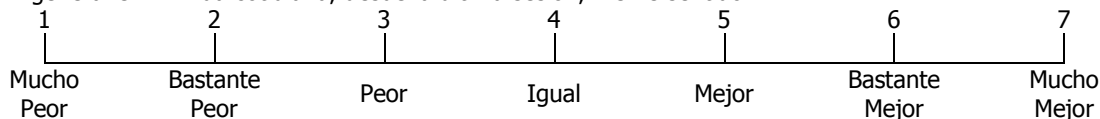
4. En comparación con lo que hacía antes del tratamiento, intento alejarme de situaciones asociadas a lo que he vivido, en un grado que es:



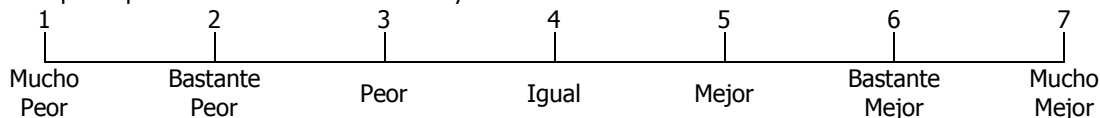
5. Desde la última sesión, la ansiedad que experimento en mi vida cotidiana es:



6. En general en mi vida cotidiana, desde la última sesión, me he sentido:



7. Creo que lo practicado en esta sesión me ayudará a sentirme:



TRÍPTICO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

**VIOLENCIA DOMÉSTICA O
MALOS TRATOS EN EL HOGAR:
UN PROBLEMA QUE NOS
AFECTA...**

*Quien entienda que las
agresiones consisten
sólo en una paliza o
una bofetada, se
equivoca. Lo más
terrible es vivir el
ambiente familiar
como un lugar de
terror, de humillación y
de degradación...*



Elaborado por Paulina Paz Rincón



¿QUÉ SE ENTIENDE POR VIOLENCIA DOMÉSTICA?

Es un patrón de conductas abusivas que incluyen maltrato físico, sexual y psicológico, llevado a cabo por una persona en una relación íntima contra otra, para ganar poder injustamente o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona.

El **maltrato físico** es cualquier conducta que lleve implícita el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de otra persona de modo que encierre riesgo de lesión física, daño o dolor, sin importar los resultados de dicha conducta. Puede comprender golpes, empujones, bofetadas, mordeduras, tirones de pelo, quemaduras, pellizcos, etc.

El **maltrato sexual** es cualquier intimidad sexual forzada, ya sea por intimidación, coacción o estado de inconciencia o indefensión.

El **maltrato psicológico** es cualquier conducta que produce en las víctimas desvalorización o sufrimiento, por ejemplo, descalificaciones, burlas, insultos, gritos, amenazas de violencia física, destrucción de objetos con especial valor sentimental, etc.

CICLO DE VIOLENCIA

La violencia doméstica o malos tratos más que un incidente aislado o casual, se daría a través de ciclos que se suceden en el tiempo y que llegan a constituirse en mecanismos sostenedores de la relación de violencia. Se distinguen tres fases que constituyen este ciclo:

❶ **Fase de acumulación de tensiones:** Ambos miembros de la pareja pueden cometer transgresiones de distinto tipo, de modo tal que se constituye una dinámica marcada por la latencia de conflicto y la acumulación de tensiones resultantes de ellos.

❷ **Fase de explosión o agresión:** La secuencia previa, marcada por la tensión latente, da lugar a la descarga a través de la agresión física, sexual y/o psicológica. Acaba cuando se toma conciencia de la gravedad de los hechos.

❸ **Fase de arrepentimiento o reconciliación:** Arrepentimiento por las agresiones cometidas y compromiso de no volver a ser violento. Parece un intento de negar u olvidar la gravedad de la situación previamente vivida.

Las etapas de este ciclo son cada vez más breves en el tiempo, a medida que se repiten estas conductas. La fase de arrepentimiento incluso llega a desaparecer, al cronificarse la situación de violencia.

ESCALADA DE VIOLENCIA

El concepto de escalada se refiere al ordenamiento de estos ciclos en un sentido ascendente: Si la primera crisis implicó una bofetada es posible que en el futuro la intensidad del golpe alcance niveles muy superiores, pudiendo incluso llevar a la muerte.

Esto implica que los ataques, ya sean físicos, sexuales y/o psicológicos, serán cada vez más frecuentes, más intensos y peligrosos.



Asfixiar, golpear con objetos contundentes, violar, quemar...

Abofetear, morder, dar patadas, aislar, controlar...

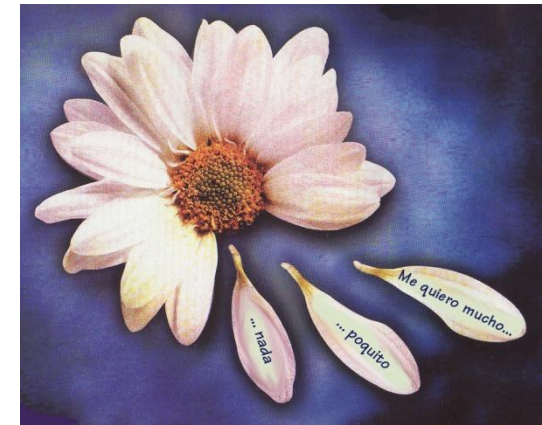
Empujar, romper objetos queridos, criticar constantemente...

Amenazar, ironizar, dar portazos...

TRÍPTICO DE AUTOESTIMA



¿CÓMO PODEMOS MEJORAR NUESTRA AUTOESTIMA?



Elaborado por Paulina Paz Rincón



¿Qué es la Autoestima?

La autoestima es el grado en que nos aceptamos y queremos tal cual somos.

Es la forma en que nos valoramos a nosotros mismos y a lo que somos capaces de hacer.

La autoestima es positiva cuando nos adaptamos con éxito a las dificultades de la vida cotidiana.

La autoestima es negativa cuando nos sentimos incapaces de hacer frente a los problemas diarios.

Naturaleza de la Autoestima

¿Cuál es la causa de la autoestima?

Al parecer, en niños pequeños la forma de crianza de sus padres determina si su autoestima es positiva o negativa. En adolescentes y adultos no hay claridad respecto a cuál es la causa o cuál es el efecto, no queda claro si las personas se quieren a sí mismas porque les va bien en ciertas áreas de su vida o si les va bien en ellas porque se quieren a sí mismas.

No se sabe qué es primero: Las condiciones de vida o la autoestima, lo que sí es claro es que la autoestima y las condiciones de vida están relacionadas sólo indirectamente, hay un tercer factor que determina la autoestima:

Nuestros pensamientos.

Dependiendo de cómo analicemos las situaciones que vivimos, nuestra autoestima será positiva o negativa. Por ello es importante seguir ciertas reglas a la hora de interpretar lo que vivimos:



- 1) Aceptarse a sí mismo.
- 2) Evaluar nuestros aspectos negativos, con un lenguaje preciso, específico y no descalificativo.
- 3) Abordar sólo los problemas que pueden solucionarse.
- 4) Recordar los éxitos pasados, no los fracasos.
- 5) Fijarse pequeñas metas que estén al alcance de los recursos personales.
- 6) Fomentar el contacto con personas que nos agradan y alejarnos de aquellas que nos resultan desagradables.
- 7) Mimarse a sí mismo y evitar vivir sólo en función de deberes y obligaciones.

TRÍPTICO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

*¿Qué actitud debo
tener ante los
problemas?
¿Cuál es el problema?
¿Qué puedo hacer para
solucionarlo?
¿Qué consecuencias
negativas y positivas
me puede traer cada
alternativa?
¿Cuáles voy a elegir?
¡Ahora debo ponerlas
en práctica!*



**UNA GUÍA PRÁCTICA PARA
SOLUCIONARLOS...**

Elaborado por Paulina Paz Rincón
¿PROBLEMAS?

¿CÓMO PODEMOS SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS?

Los problemas son parte de nuestra vida, están siempre presentes, por lo que nos vemos obligados a hacerles frente. Hay una serie de pasos que podemos seguir para resolver los problemas de manera adecuada, éstos son:

1. Orientación del problema:

La orientación que tengamos hacia una situación, influirá en la manera de responder a ella. La orientación que favorece una resolución eficaz de un problema comprende las siguientes actitudes:

- ✓ Aceptar que los problemas son parte de la vida diaria y debemos sentirnos capaces de hacerles frente,
- ✓ Reconocer las situaciones problemas cuando se nos presentan, y
- ✓ Procurar no responder de manera impulsiva.

2. Formulación y definición del problema: Este paso es muy importante, ya que una buena definición del problema facilita la proposición de soluciones eficaces. Se trata de buscar toda la información relacionada con el problema, especificarlo e identificar las variables que realmente son relevantes en el problema, tras lo cual nos plantearemos metas concretas y realistas. Debemos ser capaces de responder a las preguntas *¿Quién está implicado? ¿Qué sucede? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo? y ¿Qué quiero lograr?*

3. Generación de alternativas: Se trata de proponer el mayor número posible de alternativas para aumentar la probabilidad de solucionar el problema. Aquí hay tres principios básicos que debemos seguir:

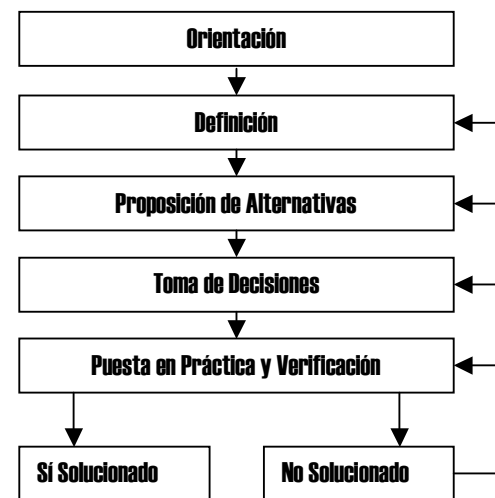
- ✓ *Principio de cantidad:* Cuantas más alternativas, más probabilidad de aumentar la calidad de algunas de ellas.
- ✓ *Principio de aplazamiento de juicio:* No se debe valorar las consecuencias en esta etapa, todas las opciones son válidas, por descabelladas que parezcan.
- ✓ *Principio de variedad:* Hay que proponer soluciones diferentes y hacer combinaciones entre ellas.

4. Toma de decisiones: Este es el momento de elegir la o las alternativas más apropiadas, para lo cual debemos valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar la que puede resolver mejor la situación. Se trata de ver qué consecuencias negativas y positivas nos puede traer cada alternativa y cuáles vamos a elegir. Al finalizar este paso, debemos ser capaces de resolver las siguientes preguntas *¿Puedo resolver el problema? ¿Necesito más información? ¿Qué solución o combinación de soluciones me conviene adoptar?*

5. Ejecución y verificación de los resultados: Ha llegado la hora de actuar, poniendo en práctica las alternativas que hemos elegido y valorando en qué grado resuelven el problema. Este paso incluye cuatro componentes fundamentales:

- ✓ Ejecución: Puesta en práctica de la alternativa.
- ✓ Autoobservación: Debemos observar nuestra conducta y los resultados obtenidos.
- ✓ Autoevaluación: Debemos comparar los resultados observados con los esperados.
- ✓ Autorrefuerzo: Cuando hayamos solucionado el problema debemos premiarnos por ello.

Si el problema se ha solucionado finaliza el proceso, si no es así, debemos analizar y delimitar las variables responsables, repitiendo el proceso parcial o totalmente.



AUTORREGISTRO DE EJERCICIO DE CONTROL DE RESPIRACIÓN

Fecha	Hora de		Situación	Nivel de Ansiedad (0-100)		Observaciones
	Inicio	Fin		Antes	Después	

AUTORREGISTRO DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN

Fecha	Situación	Síntoma de Reexperimentación (recuerdo, imagen, sueño, respuestas fisiológicas, etc.).	Ansiedad (0-100)	Observaciones

AUTORREGISTRO DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES

Fecha	Situación	Actividad	Grado de Satisfacción (0-100)	Observaciones

AUTORREGISTRO DE DETENCIÓN DE PENSAMIENTO

Fecha	Situación	Pensamiento	Tarea Distractora	¿Sirve para cortar?		Nivel de Ansiedad (0-100)	
				Sí	No	Inicial	Final

AUTORREGISTRO DE SITUACIONES PROBLEMÁTICAS

Fecha	Situación	Problema	Grado de Malestar (0-100)	Observaciones

AUTORREGISTRO DE DEFINICIÓN DE PROBLEMAS

¿Quién está implicado?	¿Qué sucede?	¿Dónde? y ¿Cuándo?	¿Qué quiero lograr?

HOJA A-B-C

Fecha	A: Acontecimiento	B: Pensamientos	C: Sentimientos	Observaciones

HOJA A-B-C-D

Fecha	A: Acontecimiento	B: Pensamientos	C: Sentimientos	D: Pensamientos Alternativos

AUTORREGISTRO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Problema:	
Alternativas de Solución:	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alternativa elegida y razones para la elección:	
Evaluación:	

AUTORREGISTRO DE SITUACIONES EVITADAS

Fecha	Situación	Grado de Evitación (0-100)	Observaciones

AUTORREGISTRO DE TAREAS DE EXPOSICIÓN A SITUACIONES EVITADAS

Fecha	Hora de Inicio Fin		Tarea de Exposición	Ansiedad (0-100) Antes Durante Después			Solo o con Coterapeuta	Observaciones

AUTORREGISTRO DE TAREAS DE EXPOSICIÓN AL RELATO DE LA SITUACIÓN VIVIDA

Fecha	Hora de Inicio Fin		Tarea de Exposición	Ansiedad (0-100) Antes Durante Después			Observaciones

RELATO DE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Por favor, relata con el mayor detalle posible una situación de violencia doméstica que hayas vivido, tratando de poner por escrito lo que sucedió, lo que viste, lo que oíste, qué pensabas y qué sentías en ese momento. Debes hacer este relato en tiempo presente y en primera persona. Al final agrega lo que esa situación ha significado para ti, incluyendo lo que ahora piensas de ti y de las demás personas.

ANEXO III: CONTENIDO SESIONES

1ª SESIÓN: COMÚN A LAS DOS MODALIDADES

(TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA EXPOSICIÓN / TERAPIA EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA)

ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
Establecimiento de las normas de trabajo.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Explicación del problema.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Explicación de los objetivos del tratamiento.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia.	<input type="checkbox"/> Tríptico ciclo y escalada de violencia.	10 minutos
Entrenamiento en control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Pauta de ejercicios para el control de la respiración.	30 minutos
Asignación de tareas: ✍ Ejercitar control de la respiración. ✍ Registrar síntomas de reexperimentación.	<input type="checkbox"/> Autorregistro de ejercicio de control de respiración. <input type="checkbox"/> Autorregistro de síntomas de reexperimentación.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. *Establecimiento de normas de trabajo:*

- Se explican las normas de trabajo.

2. *Explicación del problema:*

- La terapeuta expone que el problema es una reacción normal ante la situación vivida, poniendo énfasis en que, lo que es anormal es la situación de maltrato en sí. Por ello, esta situación de violencia doméstica debe ser eliminada, ya que tiene graves implicaciones en la vida de la participante.
- Se explica a la participante que frente a eventos traumáticos, como es el caso de la violencia doméstica, las personas normalmente desarrollan una serie de síntomas como son: Recordar permanentemente el evento en cuestión (por ejemplo, una paliza), soñar con esa situación, no tener ganas de salir o de hacer cosas que antes apetecía realizar, evitar ciertos pensamientos, sentimientos, actividades o cosas que se han asociado al problema, tener dificultad para poner atención, tener dificultad para dormir, estar más irritable o incluso tener explosiones de ira o llanto, etc.
- Del mismo modo, se explica que estas reacciones se dan porque los seres humanos tenemos dos tipos de memorias o formas de almacenar la información en nuestro cerebro: A través de una vía rápida, también conocida como memoria automática y a través de una vía más lenta, llamada también memoria controlada o consciente. La memoria automática ha guardado con mucho detalle y sin elaborar las situaciones traumáticas y por ello es que sentimos miedo frente a ciertas cosas, algunas de las cuales no siempre somos capaces de relacionar con nuestro problema. La memoria consciente, en cambio, ha tratado de darle un significado a la información al almacenarla y es por ello

que, frente a una situación de la que no somos responsables, tenemos sentimientos de culpa, minusvalía, desesperanza, rabia, etc.

3. Explicación de los objetivos del tratamiento:

- Se explica que, debido a lo mencionado, el tratamiento se articulará en torno a dos grandes ejes, el primero relacionado con todo aquello que les afecta debido a la interpretación que han hecho de la situación (que se llevará a cabo entre la segunda y la quinta sesión para la modalidad de Terapia Cognitiva + Terapia de Exposición y entre la quinta y octava para la modalidad de Terapia de Exposición + Terapia Cognitiva); y el segundo, que apunta a trabajar la exposición a las situaciones temidas, (que se abordará entre la sexta y la octava sesión para la modalidad de Terapia Cognitiva + Terapia de Exposición y entre la segunda y cuarta sesión para la modalidad de Terapia de Exposición + Terapia Cognitiva), con el objetivo de lograr autocontrol respecto a la situación temida.
- Se pondrá énfasis nuevamente en la importancia de la participación en sesión y de la realización de las tareas para casa para alcanzar los objetivos terapéuticos.

4. Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia:

- Se entrega a la participante un tríptico de ciclo y escalada de violencia y se le pide que lo lea. Luego se comenta que le ha parecido, si se ve reflejada en lo que ha leído, si tiene alguna duda, etc. La terapeuta debe facilitar la expresión de emociones de la participante.

5. Entrenamiento en control de la respiración:

- Se explica a la participante que muchos de los síntomas que antes fueron mencionados pueden ser controlados a través de técnicas apropiadas, una de ellas es el entrenamiento en una adecuada forma de respirar. Se pone énfasis en que ciertas situaciones, en especial las situaciones estresantes como la que ella vive o ha vivido, favorecen una forma de respirar anormal, caracterizada por una respiración rápida y superficial que implica una subutilización de los pulmones, una peor oxigenación y un aumento en la sensación de tensión, todo lo cual puede llegar a ocasionar ansiedad, depresión, fatiga física y malestar general. La técnica de control de respiración es una herramienta útil para desactivarnos, permitiéndonos hacer frente al estrés.
- Se enseña la técnica de control de la respiración.

6. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a la participante que lleve a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces a lo largo del día, dedicando 5 minutos cada vez, antes de acostarse y en otro momento a su elección (fijado en la sesión). Ha de registrar el momento del día en que lo practicó y como se sintió tras haberlo realizado.
- ✍ Por último, se le pide que registre cualquier síntoma de reexperimentación que se le presente durante la semana, señalando fecha, situación, síntoma y ansiedad experimentada.

2ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA EXPOSICIÓN / 5ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA

ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tareas.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Detención de pensamiento.	<input type="checkbox"/> Un bolígrafo y un par de folios.	35 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ✍ Ejercitar detención de pensamiento. ✍ Completar hojas A-B-C ✍ Ejercitar control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Autorregistro de detención de pensamiento. <input type="checkbox"/> Pizarra y rotulador. Una hoja A-B-C. <input type="checkbox"/> Autorregistro de ejercicio de control de respiración.	10 minutos
Evaluación de la sesión.	<input type="checkbox"/> Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de Tareas:

- Se comenta si hubo dificultades para realizar las tareas asignadas y cuáles fueron.
- Si hubo problemas para llevar a cabo los ejercicios de respiración, se comenta y se advierte que se seguirá practicando en las sesiones con lo que se tendrá un dominio mayor de la técnica.
- Se le felicita por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Detención de pensamiento:

- Se explica la relación que existe entre lo que pensamos y lo que sentimos, es decir, como nuestros pensamientos afectan a nuestros sentimientos y viceversa, poniendo ejemplos concretos. Los pensamientos o autoverbalizaciones correctos conducen a sentimientos apropiados, mientras que las autoverbalizaciones erróneas o inexactas generan sentimientos no válidos o innecesarios. Frente a esto tenemos dos alternativas, o bien analizar aquellos pensamientos y darnos cuenta del error, o bien, eliminar aquellas cadenas de pensamientos que aparecen de forma casi automática, no conducen nada y sólo son autodevaluantes.
- Se explica que se trabajará con ambas estrategias, pero que se empezará por la segunda alternativa, conocida como detención de pensamiento y que la sesión siguiente estará destinada al análisis de los pensamientos erróneos. Se pone énfasis en que si bien la detención de pensamiento es una técnica que parece ser muy sencilla, es de extrema utilidad ya que nos permite eliminar aquellos pensamientos que nos hacen sentir mal cuando en realidad no hay motivos para ello.
- Se le pide que de tres ejemplos de pensamientos molestos, poniendo énfasis en que realmente generen malestar llevando a algún tipo de sentimiento de minusvalía o rabia, o bien, interfieran en la realización de otras actividades.

- A continuación la participante debe manifestar la cadena de pensamientos que desea eliminar. La terapeuta supervisa que la cadena sea dicha de la manera más concreta y completa posible. Una vez realizado esto se establece el estímulo de corte, “alto” o “basta”. Inmediatamente se pide a la participante que, como tarea distractora, describa, por escrito, con todo detalle y en el menor tiempo posible, el mobiliario de la sala. Se repite este ejercicio tres o cuatro veces. La terapeuta indica que en esta ocasión ella ha elegido la tarea distractora, pero que hay muchas tareas que pueden servir para cortar la cadena de pensamientos, poniendo ejemplos de ellas (contar hacia atrás de cuatro en cuatro comenzado desde 1000, contar coches de determinado color o que su matrícula finalice en un número concreto, etc.).
- Se le indica que imagine sus verbalizaciones, la terapeuta introduce el estímulo de corte a los cinco segundos y pide la realización de la tarea distractora, esta vez en la imaginación. Repetir este paso tres o cuatro veces.
- Como paso siguiente se pide a la participante realizar el ejercicio anterior, pero esta vez ella debe introducir el estímulo de corte, pronunciando la frase convenida. Se repite 3 o 4 veces este paso. Debe verificarse que el estímulo de corte esté cortando la cadena de verbalizaciones.
- Para finalizar, debe realizar nuevamente el ejercicio, pero esta vez el estímulo de corte debe introducirlo de manera encubierta, es decir, sólo imaginarlo, no pronunciarlo. Repetir 3 o 4 veces.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a la participante que ponga en práctica la detención de pensamiento al menos dos veces al día, cada vez que aparezca la cadena de verbalizaciones, registrando estas situaciones.
- ✍ Para llevar a cabo la reevaluación de los pensamientos erróneos es necesario aprender a distinguir acontecimientos, pensamientos y sentimientos. Para ello se escribe en la pizarra el A-B-C (A=acontecimientos / B=pensamientos / C=sentimientos) y se cumplimenta con algún ejemplo.
- ✍ Se pide a la participante que complete por lo menos dos líneas de una hoja A-B-C cada día, una en relación con el evento traumático y la otra con un suceso cotidiano, negativo o positivo.
- ✍ Se indica que siga llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces al día y que lo registre. Deben fijarse con la participante los momentos elegidos para llevarlo a cabo.

5. Evaluación de la sesión:

- Se pide a la participante que complete la Escala de Cambio Percibido.

3ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA EXPOSICIÓN / 6ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA

ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tareas.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Reevaluación cognitiva.	<input type="checkbox"/> Un pliego de papel y un rotulador.	40 Minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: <input type="checkbox"/> Leer material autoestima. <input type="checkbox"/> Realizar actividades gratificantes. <input type="checkbox"/> Completar hojas A-B-C-D <input type="checkbox"/> Identificar y registrar situaciones problemáticas. <input type="checkbox"/> Ejercitar control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Tríptico de autoestima. <input type="checkbox"/> Autorregistro de actividades gratificantes. <input type="checkbox"/> Hoja A-B-C-D. <input type="checkbox"/> Autorregistro de situaciones problemáticas.	5 minutos
Evaluación de la sesión.	<input type="checkbox"/> Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- Se comenta si hubo alguna dificultad para realizar las tareas asignadas y se le felicita por haber cumplido con ellas.
- Se repasan las hojas A-B-C, revisando que no se hayan confundido los pensamientos con los sentimientos.

2. Reevaluación cognitiva:

- Se analizan los sentimientos y pensamientos de la participante en torno a la situación traumática, cuestionando todos aquellos pensamientos que estén guiados por una evaluación errónea de la situación.
- Frente a los sentimientos de culpa generados por los episodios de violencia, se pone énfasis en que la conducta violenta es el resultado de los pensamientos y emociones del maltratador y no de las conductas de las participantes. No existe ninguna conducta que justifique el maltrato.
- En relación a los sentimientos de autoestima negativa se pide a la participante que realice el siguiente ejercicio: Que dibuje el contorno de su cuerpo en un pliego de papel y a continuación haga una línea vertical que separe en dos su silueta, escribiendo en un lado las características positivas que tiene y en otro las características negativas, abarcando diversas áreas: Aspecto físico, capacidad intelectual, relaciones sociales, relaciones familiares, salud, sexualidad, ejecución de tareas cotidianas, etc. Posteriormente debe exponer lo que ha escrito y la terapeuta debe guiar la reevaluación cognitiva de las percepciones erróneas que se pongan de manifiesto, poniendo especial atención en los aspectos positivos señalados y en la evaluación adecuada de los aspectos negativos, esto es, uso de un lenguaje no peyorativo, preciso y específico.

- Se entrega tríptico de autoestima.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a la participante que lea el material que se le ha entregado y que anote las dudas que le presente.
- ✍ Se le pide que todos los días lleve a cabo cuatro actividades que considere agradables para ella y que las registre. La terapeuta pone énfasis en que hay muchas actividades, que por sencillas que parezcan, pueden resultar gratificantes y pide a la participante que de ejemplos de ellas, facilitando la realización de una lluvia de ideas.
- ✍ Se le pide también que complete nuevamente por lo menos dos líneas de una hoja A-B-C por día, pero esta vez introduciendo la columna D para pensamientos alternativos al pensamiento erróneo.
- ✍ Se le pide asimismo, que identifique y registre situaciones problemáticas.
- ✍ Se le pide que siga llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces al día.

5. Evaluación de la sesión:

- Se pide a la participante que complete la Escala de Cambio Percibido.

4ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA EXPOSICIÓN / 7ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA

ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tareas.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Reevaluación cognitiva.	<input type="checkbox"/> Pizarra y rotulador.	15 minutos
Solución de problemas.	<input type="checkbox"/> 2 pliegos de papel y 2 rotuladores.	25 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: <input type="checkbox"/> Identificar y registrar situaciones problemáticas, definiéndolas adecuadamente. <input type="checkbox"/> Leer material de solución de problemas. <input type="checkbox"/> Realizar actividades gratificantes. <input type="checkbox"/> Ejercitar control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Autorregistro de definición de problemas. <input type="checkbox"/> Tríptico de solución de problemas. <input type="checkbox"/> Autorregistro de actividades gratificantes.	5 minutos
Evaluación sesión.	<input type="checkbox"/> Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- Se comenta si hubo alguna dificultad para realizar las tareas asignadas y las dudas que le presentó el material que debía leer.
- Si tuvo problemas para realizar las tareas agradables se analiza y se cuestionan los pensamientos relacionados a una baja autoestima o falta de autocuidado.
- Se felicita por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Reevaluación cognitiva:

- Se analizan las hojas A-B-C-D completadas por la participante, transcribiendo en la pizarra aquellas situaciones y pensamientos erróneos que han detectado en la semana y que quiera comentar. Se revisan los pensamientos alternativos que ha planteado.
- En relación a los sentimientos de culpa se retoma la idea de que la conducta violenta es el resultado de los pensamientos y emociones del maltratador y no de las conductas de las víctimas, por lo que los pensamientos alternativos deben ir en esa línea.
- Respecto a los sentimientos de falta de seguridad personal, los pensamientos alternativos tienen que apuntar a la idea de establecer la diferencia entre el no poder hacer nada para predecir la situación de violencia, lo que en muchos casos es cierto, y no poder hacer nada para aumentar la seguridad personal, lo que sí es factible.
- En relación a aquellas ideas que apunten a falta de control sobre la propia vida, se debe poner énfasis en dos cosas, por una parte en que creer que no se tiene control sobre la situación de

maltrato no debe implicar la pérdida de control sobre otros aspectos de la vida y, por otra parte, en que se verán estrategias para resolver problemas que pueden ayudar a controlar la situación traumática.

3. Solución de problemas:

- Se explica que los problemas son un hecho normal en la vida de cualquier persona y que muchas veces no ser capaz de solucionarlos puede incrementar el estrés y otros estados emocionales, llevando a una gran tristeza e incluso sentimientos de indefensión. Por ello se debe aprender a resolver de manera adecuada los problemas, para lo cual hay un procedimiento. Se le describe en términos generales y se explica en detalle las dos primeras fases de la solución de problemas: Orientación general hacia el problema y definición y formulación del problema.
- Se entrega tríptico de solución de problemas y se leen las dos primeras fases.
- Se pide a la participante que defina alguno de los problemas que ha registrado durante la semana, determinando quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo del problema elegido. La terapeuta debe velar por la adecuada realización del procedimiento, es decir, descripción del problema en términos claros y concretos, utilización de información relevante referida a hechos y no a opiniones ni creencias.

4. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- Se practica la técnica de control de la respiración.

5. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a la participante que identifique y registre situaciones problemáticas, definiendo y formulando cada problema en base a lo practicado en la sesión.
- ✍ Se pide a la participante que lea las tres fases restantes del tríptico de solución de problemas y anote las dudas que le surjan.
- ✍ Se le pide, asimismo, que siga realizando todos los días al menos cuatro actividades que considere agradables para ella y que las registre.
- ✍ Se le sugiere, por último, que siga llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración tantas veces al día como pueda.

6. Evaluación de la sesión:

- Se pide a la participante que complete la Escala de Cambio Percibido.

5ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA EXPOSICIÓN / 8ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA

ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tareas.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Solución de problemas.	<input type="checkbox"/> Pizarrón, 2 pliegos de papel y 2 rotuladores.	35 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ✍ Identificar, registrar y solucionar situaciones problemáticas. ✍ Identificar y registrar síntomas de reexperimentación. ✍ Ejercitar control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Autorregistro de solución de problemas. <input type="checkbox"/> Autorregistro de síntomas de reexperimentación	5 minutos
Evaluación de cogniciones postraumáticas (Para la modalidad de: Terapia Cognitiva + Terapia de Exposición)	<input type="checkbox"/> Inventario de Cogniciones Postraumáticas y un bolígrafo.	5 minutos
Evaluación sesión.	<input type="checkbox"/> Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas y las dudas que le presentó el material que debía leer.
- Se refuerza el cumplimiento de las tareas.

2. Solución de problemas:

- Se explican las tres fases restantes de la solución de problemas: Generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y verificación de la solución.
- Se analiza algún problema que la participante ponga de ejemplo, poniendo en práctica los tres nuevos pasos de la solución de un problema. En un primer momento, la terapeuta debe incentivar la generación del mayor número de alternativas posibles, dejando claro que lo importante es la cantidad y no la calidad de las mismas. Más adelante debe guiar la completa valoración de cada una de las alternativas, así como también la evaluación de la solución escogida en términos de la probabilidad de lograr solucionar el problema y de suficiencia de información para tomar la decisión.
- Se pide a la participante que trabaje en la resolución de alguno de los problemas definidos durante la semana, llevando a cabo las tres fases recién entrenadas y escribiéndolo en los pliegos de papel destinados para ello. La terapeuta debe velar por la adecuada realización del procedimiento, facilitando la generación de nuevas alternativas y valoración realista de las mismas.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a la participante que identifique y registre situaciones problemáticas y las solucione siguiendo los cinco pasos ya entrenados.
- ✍ Se le pide también que complete durante la semana el autorregistro de síntomas de reexperimentación cuando éstos se den.
- ✍ Se le sugiere que siga llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración tantas veces al día como pueda.

5. Evaluación de cogniciones postraumáticas (Para la modalidad de: Terapia Cognitiva + Terapia de Exposición):

- Se pide a la participante que complete el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

6. Evaluación de la sesión:

- Se pide a la participante que complete la Escala de Cambio Percibido.

6ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA EXPOSICIÓN / 2ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA

ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tareas.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Exposición.	<input type="checkbox"/> 6 tarjetas y un bolígrafo. <input type="checkbox"/> Grabadora y casete.	40 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: <input type="checkbox"/> Autoexposición en imaginación. <input type="checkbox"/> Autorregistro de situaciones evitadas. <input type="checkbox"/> Ejercitar control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida. <input type="checkbox"/> Autorregistro de situaciones evitadas.	5 minutos
Evaluación sesión.	<input type="checkbox"/> Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- Se comenta la realización de las tareas para casa, así como las dificultades que puedan haber surgido.
- Se felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

- Se explica a la participante la necesidad de que se exponga a la situación temida para que se habitúe a ella y deje de producirle miedo. Debido al tipo de situación, la exposición se llevará a cabo en la imaginación.
- La terapeuta explica que para realizar la exposición debe ser capaz de pensar en una situación de malos tratos que haya vivido, que le produzca ansiedad, pero a la que esté dispuesta a enfrentarse. Por ello se le pide que recuerde y apunte algunas situaciones y señale el grado de ansiedad que le produce cada una de ellas en una escala de 1 a 100, incluyendo la situación que máxima ansiedad le genere. De ahí, con ayuda de la terapeuta, se selecciona aquella situación a la que se va a exponer.
- Se le explica, asimismo, que la idea es que piense en esa situación como si la estuviese viviendo, por lo que no debe describir lo que le está pasando a otra persona, sino que debe hacer la descripción en primera persona, en tiempo presente y con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vio, oyó, etc.), lo que estaba pensando y lo que estaba sintiendo en ese momento. La terapeuta ejemplifica pensando en voz alta y pide a la participante que haga un pequeño ejercicio.
- La participante lleva a cabo el ejercicio, imaginando la situación elegida. La terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 1 a 100, e ir supervisando que ésta esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva. La participante graba el relato que va haciendo en voz alta, para su posterior utilización en casa.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a la participante que lleve a cabo el ejercicio de exposición al relato que ha grabado, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del momento del día en que lo realizó, hora de inicio, hora de término, grado de ansiedad que le producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 1 a 100. La terapeuta concreta con la participante el momento del día en que lo realizará. Se le instruye, asimismo, para que cuando logre exponerse en tres ocasiones al relato que ha grabado, con una ansiedad mínima (15 o menos en una escala de 1 a 100), se exponga a una nueva situación que le produzca mayor ansiedad que la ya grabada.
- ✍ Se le pide que registre aquellas situaciones que evita, apuntando el grado en que lo hace en una escala de 1 a 10.
- ✍ Se le sugiere que si lo necesita lleve a cabo el ejercicio de respiración.

5. Evaluación de la sesión:

- Se pide a la participante que complete la Escala de Cambio Percibido.

7ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA EXPOSICIÓN / 3ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA

ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tareas.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Exposición.	<input type="checkbox"/> Grabadora y casete.	40 minutos
Ejercicio de relajación: Control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Asignación de tareas: ✍ Autoexposición en imaginación. ✍ Autoexposición en vivo. ✍ Ejercitar control de la respiración.	<input type="checkbox"/> Autorregistro de tareas de exposición al relato de la situación vivida. <input type="checkbox"/> Autorregistro de tareas de exposición a situaciones evitadas.	5 minutos
Evaluación sesión.	<input type="checkbox"/> Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- Se le pregunta cómo le fue al exponerse al relato de la situación traumática, en qué ocasiones lo realizó, si notó diferencias en el grado de ansiedad y qué dificultades tuvo.
- Se analizan situaciones que evita, verificando que estén definidas de manera concreta.
- Se le felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

- Se selecciona una nueva situación aversiva que le genere mayor ansiedad que la situación seleccionada la semana anterior, en el caso de que ya haya empezado con alguna situación nueva y no haya logrado reducir la ansiedad, se selecciona esa situación. Idealmente se debe elegir la situación que le genere mayor ansiedad.
- Se pide a la participante que lleve a cabo la exposición en la imaginación de la situación elegida. Al igual que en la sesión anterior, la descripción debe ser hecha con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales, lo que estaba pensando y lo que estaba sintiendo en ese momento, en tiempo presente y en primera persona. Nuevamente, la terapeuta debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea hecha y mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos a 15, en la escala establecida de 1 a 100, e ir supervisando que la participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva. Se graba el relato hecho en voz alta, para su posterior utilización en casa.
- Se evalúa qué posibilidad hay de que se exponga en vivo a algunas de las situaciones evitadas, que no entrañen ningún peligro para su integridad ni la posibilidad de un recondicionamiento. Si es así se planifica la exposición con coterapeuta, es decir, en compañía de otra persona.

3. Ejercicio de relajación: Control de respiración:

- Se practica la técnica de control de la respiración.

4. Asignación de tareas:

- ✍ Se pide a la participante que se exponga en imaginación a la situación entrenada en sesión, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del momento del día en que lo realizó, hora de inicio, hora de término, grado de ansiedad que le producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 1 a 100. Se concreta el momento del día en que lo realizará. Se le instruye, asimismo, para que cuando logre exponerse en tres ocasiones al relato que ha grabado, con una ansiedad mínima (15 o menos en una escala de 1 a 100), se exponga a una nueva situación que le produzca mayor ansiedad que la ya grabada.
- ✍ En aquellos casos en que es factible la exposición en vivo, se establece el momento en que se llevará a cabo y se pide que registre dichas exposiciones anotando hora de inicio y término, situación, ansiedad experimentada antes y después de exponerse y si utilizó alguna estrategia de afrontamiento (si pensó algo, uso de la técnica de respiración, etc.).
- ✍ Se le sugiere que si lo necesita lleve a cabo el ejercicio de respiración.

5. Evaluación de la sesión:

- Se pide a la participante que complete la Escala de Cambio Percibido.

8ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA COGNITIVA + TERAPIA EXPOSICIÓN / 4ª SESIÓN: MODALIDAD TERAPIA EXPOSICIÓN + TERAPIA COGNITIVA

ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tareas.	<input type="checkbox"/> Ninguno.	5 minutos
Exposición.	<input type="checkbox"/> Hoja para registro del relato de una situación de maltrato y un bolígrafo.	40 minutos
Evaluación de la sesión.	<input type="checkbox"/> Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo.	5 minutos
Evaluación de cogniciones postraumáticas (Para la modalidad de: Terapia de Exposición + Terapia Cognitiva)	<input type="checkbox"/> Inventario de Cogniciones Postraumáticas y un bolígrafo.	5 minutos
Evaluación sesión.	<input type="checkbox"/> Escala de Cambio Percibido y un bolígrafo.	5 minutos

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas:

- Se le pregunta a la participante cómo le fue al exponerse al relato de la situación traumática, en qué ocasiones lo realizó, si notó diferencias en el grado de ansiedad y qué dificultades tuvo.
- Se analizan las situaciones en las que se expuso en vivo, comentando la ansiedad experimentada, en compañía de quien estuvo y las técnicas de afrontamiento empleadas. Se comentan las principales dificultades.
- Se le felicita por haber realizado las tareas asignadas.

2. Exposición:

- Se pide a la participante que relate por escrito la situación traumática con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales (que vio, oyó, etc.), lo que estaba pensando y lo que estaba sintiendo en ese momento. Se le indica que haga la descripción en tiempo presente y en primera persona, del mismo modo que en las sesiones anteriores. Además debe incluir lo que significa el acontecimiento traumático para ella, con especial referencia a sus creencias sobre sí misma y los demás.
- La participante lee lo que ha escrito y se comenta el significado que tiene lo vivido en este momento para ella en relación a la ansiedad que le genera y a las creencias acerca de sí, los demás y el mundo.

3. Asignación de tareas (Para la modalidad de: Terapia de Exposición + Terapia Cognitiva):

- ✍ Se le sugiere que si lo necesita lleve a cabo el ejercicio de respiración.
- ✍ Se le pide que registre cualquier síntoma de reexperimentación que se le presente durante la semana, señalando fecha, situación, síntoma y ansiedad experimentada.

4. Evaluación de cogniciones postraumáticas (Para la modalidad de: Terapia Exposición + Terapia Cognitiva):

- Se pide a la participante que complete el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

5. Evaluación de la sesión:

- Se pide a la participante que complete la Escala de Cambio Percibido.